10

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 220.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 22 *août* 1853,

Par Léon AUSSILLOUS,

né à Lacabarède (Tarn).

DE LA DÉLIVRANCE

ET DE

QUELQUES ACCIDENTS QUI PEUVENT LA COMPLIQUER.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1853

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	.....
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Pharmacie et chimie organique	WURTZ.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. REQUIN.
Pathologie chirurgicale	GERDY. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON, Examinateur.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU, Président.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	ROUX. VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.
BÉCLARD, Examinateur.
BECQUEREL.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DEPAUL.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
FLEURY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN.

MM. GUENEAU DE MUSSY.
HARDY, Examinateur.
JARJAVAY.
REGNAULD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VIGLA.
VOILLEMIER.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

Regrets!

A LA MEILLEURE DES MÈRES.

Amour, reconnaissance et dévouement sans bornes.

A MON EXCELLENTE GRAND'MÈRE C. GROS.

Profond respect, vif attachement.

A MES FRÈRES,

ARMAND AUSSILLOUS,

Prêtre,

HIPPOLYTE AUSSILLOUS,

Lieutenant au 60e de Ligne,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

ET A MES SŒURS.

Amitié inaltérable.

A TOUS MES PARENTS.

A MES AMIS.

DE

LA DÉLIVRANCE

ET

DE QUELQUES ACCIDENTS

QUI PEUVENT LA COMPLIQUER.

Lorsque l'enfant est sorti du sein maternel, la femme n'a pas échappé à toutes les chances périlleuses de l'accouchement; elle peut, dans quelques circonstances, être exposée à des accidents graves, quelquefois même à une mort certaine, si elle n'est promptement secourue par une main sage et habile. L'utérus renferme encore les organes temporaires qui unissaient l'enfant à sa mère, et qui lui transmettaient, pendant sa vie intra-utérine, les matériaux nécessaires à son développement; ces organes sont le placenta, les différentes membranes, et le cordon ombilical. L'ensemble de toutes ces parties constitue une masse à laquelle on a donné les noms de *délivre,* de *secondines,* d'*arrière-faix.*

Devenu inutile et sans but après l'expulsion du fœtus, le délivre n'est plus pour la matrice qu'un corps, étranger dont elle cherche bientôt à se débarrasser. Cette élimination, qui complète l'accouchement, a été appelée *délivrance;* elle s'effectue le plus souvent d'une manière heureuse et par les seuls efforts de la nature; on la nomme, dans ce cas, *naturelle* ou *spontanée.* Dans d'autres cas,

heureusement fort rares, elle est accompagnée d'accidents plus ou moins sérieux qui peuvent compromettre la santé ou la vie de la femme, et nécessite alors l'intervention de l'art; c'est la délivrance artificielle ou contre nature.

Cependant, comme on aide presque toujours la délivrance dans le premier cas, et que, dans le second, l'extraction du placenta n'est pas toujours nécessaire, il serait peut-être préférable d'admettre, comme le fait M. le professeur Velpeau, une délivrance simple et une délivrance compliquée.

Quoi qu'il en soit de cette distinction, nous définirons la délivrance *la sortie naturelle ou artificielle des annexes du fœtus hors du sein de la mère.*

Après avoir jeté un coup d'œil sur la délivrance naturelle et les modifications que l'art conseille d'apporter à son accomplissement, nous passerons en revue les principaux accidents qui peuvent la retarder ou mettre parfois dans la nécessité de l'effectuer artificiellement. Nous serons ainsi amené à étudier, d'une manière successive, l'inertie de la matrice, les contractions spasmodiques du col, les adhérences anormales du placenta, son chatonnement, son volume excessif, la rupture du cordon, l'hémorrhagie, les convulsions et les syncopes; nous terminerons par quelques mots sur la délivrance après l'avortement et dans le cas de jumeaux.

§ Ier.

Délivrance naturelle ou simple.

Quelques instants après la naissance de l'enfant, tandis que la mère, dans le calme délicieux qui succède aux douleurs de l'enfantement, semble oublier ce qu'elle a souffert, et se livre sans mesure au bonheur de la maternité, tout à coup des tranchées utérines se réveillent, un nouveau travail se prépare, c'est celui de la délivrance. Un point important dans l'histoire de ces tranchées, c'est

qu'elles ne surviennent généralement pas, ou sont du moins très-faibles, chez les primipares. Il est assez difficile de donner une explication à ce singulier phénomène.

Le mécanisme de la délivrance naturelle présente, suivant Desormeaux, trois temps distincts : dans le premier, le placenta est détaché, décollé de la surface interne de l'utérus; dans le deuxième, il est poussé de la cavité de cet organe dans le vagin, entraînant avec lui les membranes; dans le troisième enfin, il est expulsé au dehors : ces deux derniers temps ne sont pas toujours bien distincts.

Au moment où le siége et les membres inférieurs du fœtus franchissent l'anneau vulvaire, l'utérus, en vertu de sa contractilité de tissu, revient sur lui-même, ses parois se rétractent; sa capacité diminue; en même temps, les membranes se plissent; le placenta, masse spongieuse, épaisse vers son centre et non contractile, ne peut suivre évidemment qu'en partie le retrait brusque de la matrice; alors il se fronce; les deux surfaces, jusque-là exactement juxtaposées, glissent l'une sur l'autre; le tissu celluleux et vasculaire très-fin qui les unit est tiraillé, il se rompt, et le placenta détaché tombe sur le col de l'utérus; sa présence sur un organe encore très-irrité excite des contractions plus énergiques qui se manifestent par la dureté et la forme globuleuse que prend l'utérus, et par des douleurs analogues à celles de l'accouchement, mais plus faibles et proportionnées à la résistance qu'oppose le corps étranger. Le col, déjà plus ou moins revenu sur lui-même après la sortie de l'enfant, se dilate de nouveau, pour livrer passage au placenta, qui descend dans le vagin et pèse sur la partie inférieure du rectum; le sentiment qui en résulte engage la femme à contracter le diaphragme et les muscles des parois abdominales; les viscères de l'abdomen, comprimés de toutes parts, pressent sur la matrice, qui pousse au-devant d'elle le placenta, et le chasse à l'extérieur, grâce à l'action synergique des muscles du périnée. La délivrance est alors terminée.

Telle est la marche que suit constamment la nature dans l'expulsion de l'arrière-faix; mais elle ne la suit pas toujours d'un pas égal, quelques femmes se délivrant très-vite et d'autres très-lentement. La délivrance, dit M. Baudelocque, est en général d'autant plus prompte que l'expulsion de l'enfant s'opère avec plus de lenteur, que la matrice est plus irritable, qu'elle conserve plus de force et moins de capacité au moment où l'enfant vient d'en sortir, et *vice versa*.

Le mécanisme que nous venons de décrire présente quelques variétés, suivant le lieu où le placenta est implanté et la manière dont se fait le décollement de ce corps. Quand il est fixé au fond de l'utérus, ce qui est le plus ordinaire, c'est presque toujours le centre du placenta qui commence à se séparer des parois utérines. Il s'établit une cavité de forme lenticulaire, bornée circulairement par l'adhérence du bord placentaire, cavité dans laquelle s'épanche une masse de sang qui, en augmentant successivement, concourt à achever la désunion. Alors le placenta tombe sur le col de l'utérus de manière que sa face fœtale répond à l'orifice ; il entraîne facilement les membranes qui se replient sur elles-mêmes ; l'œuf est complétement retourné ; sa face utérine forme la paroi d'une cavité, où le sang qui s'épanche des vaisseaux utérins est reçu et se coagule. La masse assez considérable qui résulte de cet ensemble bouche l'orifice utérin, empêche l'issue du sang, et oppose une résistance assez considérable aux efforts expulsifs de la matrice et aux tractions de l'accoucheur. Si le placenta avait ses adhérences sur les parois du corps de l'utérus, le décollement commencerait par un des bords, l'autre restant plus longtemps adhérent ; dans ce cas, si c'est le bord supérieur qui se détache le premier, le délivre peut encore se présenter à l'orifice comme précédemment, et il se forme une poche à peu près semblable. Mais les choses se passent d'une manière bien différente lorsque le bord supérieur est le dernier à se décoller ; dans ce cas, en effet, le placenta, suspendu à la paroi utérine jusqu'à son complet décollement, vient se présenter au col par le bord inférieur. Le plus souvent

alors il est plié sur lui-même en forme de gouttière, et s'engage dans l'orifice, roulé comme un cornet d'oublie; en outre, sa sortie est toujours précédée d'un peu de sang fluide.

L'espace de temps qui s'écoule entre l'expulsion du fœtus et la délivrance varie beaucoup, avons-nous dit. D'après les expériences de Clarke et de M. le professeur P. Dubois, c'est, en général, au bout d'un quart d'heure que l'arrière-faix est complétement sorti de la cavité utérine; mais une fois dans le vagin, il peut y rester une heure et même plusieurs heures, sans y déterminer la moindre contraction, le moindre ténesme, le moindre effort expulsif. A la longue, et sans qu'il en résulte aucun inconvénient sérieux, la nature effectuerait seule la sortie du placenta; mais il est préférable de lui venir en aide; car, tant qu'elle n'est pas délivrée, la femme se considère comme exposée à des dangers nombreux, et cette crainte peut exercer une influence fâcheuse sur son état. Il faut donc, une demi-heure après la sortie de l'enfant, accélérer un peu l'expulsion du délivre, pour épargner à la femme quelques légères douleurs, et l'inquiétude à laquelle elle est en proie.

Tous les accoucheurs sont loin d'être d'accord sur le moment propre à favoriser cette expulsion. Les uns, d'ailleurs très-recommandables, veulent que l'on délivre la femme immédiatement après la sortie du fœtus. De ce nombre sont Mauriceau (7e édit., chap. 8, p. 248), de Lamotte (édit. de 1765, t. 1, chap. 7, p. 322); Deventer, son commentateur (p. 161), est du même avis; Dionis en diffère peu; Smellie (p. 238) désire que l'on donne quelques instants de repos à la femme, s'il ne survient pas de perte, et que l'on ne coupe pas le cordon. D'autres, non moins distingués, veulent, au contraire, que toujours on abandonne aux soins de la nature l'expulsion de l'arrière-faix. Puzos (chap. 13, p. 142) donne des conseils très-sages; il veut que l'on temporise même une heure, s'il n'y a pas d'hémorrhagie, et recommande les plus grandes précautions; il censure les Allemands de la précipitation qu'ils mettent

dans la délivrance. Levret (3e edit., p. 143) est de l'avis de Puzos, mais il donne plus de développements ; Deleurie (p. 282, § 850) suit le précepte de Levret.

Nous ne nous arrêterons pas à réfuter l'opinion de ceux qui veulent opérer la délivrance immédiatement après la sortie de l'enfant ; les inconvénients qui peuvent résulter de cette manière de faire sont si évidents, et en même temps si terribles, qu'on doit s'étonner qu'elle ait été soutenue par des hommes tels que Mauriceau, de Lamotte, Deventer, Peu. Les accoucheurs modernes, sans être aussi exclusifs que les anciens, ne sont pas pourtant parfaitement d'accord sur cette question si importante ; les uns veulent qu'on procède à la délivrance un quart d'heure après l'expulsion du produit ; d'autres conseillent d'attendre une demi-heure, etc. etc.

Nous pensons, avec le célèbre Baudelocque, que des préceptes aussi généraux pourraient devenir funestes à la femme, et qu'il est impossible d'établir une règle invariable à ce sujet, vu que ce sont les circonstances qui doivent déterminer l'accoucheur instruit à agir ou à laisser agir la nature, en la secondant à propos. Dans tous les cas, avant de pratiquer aucune traction sur le cordon ombilical, il faut bien s'assurer que l'utérus est revenu sur lui-même ; pour cela on applique la main sur l'abdomen de la femme, au-dessus des pubis : éprouve-t-on, à cet endroit, la sensation d'une tumeur volumineuse en forme de boule dure qui ne dépasse pas ordinairement l'ombilic, on est à peu près certain que le placenta est décollé. Pour plus de sûreté, on peut introduire un ou deux doigts dans le vagin, et le plus souvent on sentira dans sa cavité une masse spongieuse et mollasse constituée par le délivre. Alors, saisissant le plus près possible des parties génitales le cordon ombilical enveloppé d'un linge sec, par des tractions modérées, continues, non saccadées, dirigées de haut en bas d'abord, puis directement en avant, on amènera le placenta hors de la vulve ; on complétera son extraction en ayant soin de le saisir à pleine main et de le rouler plusieurs fois sur lui-même, dans le but d'achever

le décollement des membranes, de les tordre à la manière d'un cordon, pour empêcher qu'elles ne se déchirent et qu'il n'en reste une partie dans la matrice. Par ce moyen, on attirera aussi au dehors les caillots de sang plus ou moins volumineux qui accompagnent presque toujours l'arrière-faix.

Levret, et, après lui, un certain nombre d'auteurs, ont beaucoup insisté sur une particularité relative aux tractions du cordon. Baudelocque en résume ainsi les détails dans son paragraphe 868: « L'accoucheur, dit-il, ayant saisi le cordon d'une main garnie de linge sec, le tiendra horizontalement et tirera dessus, tandis qu'il portera trois doigts réunis, en formant une espèce de gouttière, derrière les os pubis et jusqu'à l'entrée du col de la matrice, pour repousser fortement en arrière la base de ce cordon, et lui faire décrire, dans le même sens, un coude semblable à celui qu'il tracerait dans la gorge d'une poulie. »

Ce mode de délivrance, conseillé encore par quelques accoucheurs, est rejeté par M. le professeur P. Dubois. Il nous paraît inutile, en effet, dans le plus grand nombre de cas, où le délivre, se décollant avec facilité, tombe de lui-même sur le col de l'utérus; car alors de simples tractions, dirigées directement en bas et un peu en arrière, suffisent pour l'amener à l'extérieur; mais, d'un autre côté, nous pensons que ce moyen peut, dans quelques cas particuliers, rendre de véritables services, et qu'on aurait tort de le proscrire d'une manière absolue. Lorsque, par exemple, l'utérus est dévié de sa position normale, ou que le placenta conserve encore des adhérences avec ses parois, l'action de la poulie, en changeant la direction des forces, pourra donner aux tractions plus d'efficacité. Hâtons-nous d'ajouter, toutefois, que les résultats pratiques de cette manœuvre sont loin de répondre aux avantages qu'elle semble promettre en théorie. Nous donnerons plus loin l'opinion de M. Velpeau sur ce point.

Tel est le mécanisme de la délivrance naturelle ; telles sont les modifications que l'art conseille d'apporter à son accomplissement.

Mais, si, malgré les efforts de la nature, aidés par des frictions sur l'hypogastre et des tractions méthodiques sur le cordon, la délivrance ne s'opère pas, que doit faire l'accoucheur? doit-il agir de suite et faire l'extraction du placenta, comme le conseillent plusieurs auteurs? ou bien doit-il abandonner cette expulsion à la nature? Nous pensons, avec M. le professeur Moreau, que, «quand le placenta ne sort pas, et qu'il ne survient point d'accidents, on peut attendre une heure ou deux; mais ce laps de temps écoulé, il faut agir sans balancer» (*Traité d'accouchements,* t. 2, p. 415). Du reste, le praticien éclairé et doué de ce tact médical que la pratique seule fait acquérir, réglera sa conduite d'après le degré de résistance que lui offrira le cordon et le genre de complication qu'il aura à combattre. Ce précepte sera mieux senti que nous ne l'exprimons. On doit cependant excepter un cas : celui où il y a perte inquiétante ; l'accoucheur alors ne doit plus temporiser, il doit délivrer de suite.

Avant de terminer ce qui est relatif à la délivrance naturelle, qu'il nous soit permis de dire un mot de certains abus qui se commettent journellement dans les campagnes. On trouve dans plusieurs localités des personnes du sexe, ordinairement sans brevet, qui exercent l'art des accouchements sans avoir les moindres notions obstétricales. Imbues de préjugés vulgaires et de traditions erronées, ces personnes, ignorant complétement le mécanisme de la délivrance naturelle, s'imaginent que l'utérus est dans l'impossibilité absolue de se débarrasser du délivre. Cette opinion, qui a cours dans le monde, «repose, dit M. le professeur Moreau, sur celle autrefois accréditée qui faisait considérer le fœtus comme l'unique agent de sa venue au monde. En partant de ce faux principe, on disait que l'enfant peut bien naître seul, parce qu'il a l'énergie nécessaire pour rompre les entraves qui le retiennent; mais que le délivre, dépourvu de vie et d'action, resterait indéfiniment dans l'utérus, si une main secourable ne venait l'en extraire.» En outre, ces personnes, craignant de voir le col se refermer subitement,

n'abandonnent jamais la délivrance aux efforts de la nature, et, dès que l'enfant est sorti, elles portent de suite la main dans la matrice pour décoller et extraire le délivre, et cela sans examiner préalablement si l'utérus est ou n'est pas revenu sur lui-même. Comment, d'ailleurs, pourraient-elles prendre une semblable précaution, puisque la plupart ne soupçonnent même pas l'utilité de cette rétraction?... Or qu'arriverait-il si cet organe était malheureusement dans un état d'inertie complète? La chose n'est pas douteuse, comme nous le verrons plus tard : une hémorrhagie foudroyante suivrait inévitablement leur manœuvre intempestive. Si, avec une telle conduite, on n'a pas à déplorer plus souvent des malheurs, on doit en rendre grâce à la nature, qui sauvegarde ainsi les malades et les met à l'abri du péril auquel les expose l'impéritie de leurs accoucheuses. Que de fois n'avons-nous pas entendu des mères de famille faisant le récit pathétique et circonstancié de leurs accouchements!... Ce qu'elles redoutaient le plus c'était, disaient-elles, l'extraction du délivre, tant à cause des craintes qu'elle leur inspirait, que des tortures inouïes provoquées par la main de la sage-femme, *raclant*, suivant leur expression, l'intérieur de la matrice.

Mais n'allez pas croire que le rôle de l'accouchée soit tout à fait passif; il faut bien, si elle veut être délivrée, que la malheureuse, toute brisée qu'elle est, écrase un grain de sel entre la pulpe de ses doigts, qu'elle souffle de toutes ses forces dans sa main, qu'elle crache, qu'elle porte un doigt dans l'arrière-bouche, comme pour s'exciter à vomir, etc. etc. Enfin nous n'exagérons pas en disant que, dans beaucoup de campagnes, on met encore rigoureusement en pratique tout ce que l'ignorance des siècles derniers a pu enfanter de bizarre, et les femmes, ayant toujours vu faire de la sorte, se soumettent volontiers à ces bizarreries consacrées par l'usage. Que dire de semblables procédés? De deux choses l'une : ou bien les sages-femmes qui ont recours à ces expédients les croient nécessaires, et, dans ce cas, on ne peut leur reprocher qu'une ignorance crasse; ou bien elles en connaissent la futilité, et ne les emploient que pour

donner du prestige à leur conduite et se rendre indispensables dans tout accouchement, même le plus normal, et alors elles sont moins pardonnables et plus indignes de leur ministère ; car, outre qu'elles torturent inutilement des malheureuses déjà brisées par un travail douloureux, elles jettent encore l'épouvante dans l'esprit des accouchées, qui, croyant tous les organes pêle-mêle dans la cavité abdominale, craignent toujours de se voir arracher le foie, l'estomac ou la matrice, au lieu du placenta. Cette appréhension puérile provient de ce que les matrones ne manquent pas de faire ressortir la difficulté de la manœuvre et la nécessité d'un grand discernement pour ne pas confondre les organes entre eux. On ne saurait trop s'élever contre une pratique dont le moindre inconvénient est d'être douloureuse et inutile. Heureuse l'accouchée qui s'en trouve quitte pour la douleur, et qui n'éprouve aucun des funestes résultats que pourrait amener une semblable manipulation !...

Dès que la délivrance est terminée et qu'il ne coule plus de sang, on s'assure que la matrice est revenue sur elle-même; un bandage de corps, modérément serré, est placé autour de l'abdomen, pour soutenir les viscères abdominaux, et suppléer à la pression que les parois relâchées du bas-ventre n'exercent plus à un degré suffisant; puis on invite la femme à rapprocher les cuisses et à prendre du repos jusqu'à ce qu'elle soit transportée sur son lit ordinaire; car il ne faut pas, sous aucun prétexte que ce soit, permettre qu'elle se lève pour s'y rendre.

§ II.

Délivrance artificielle ou compliquée.

INERTIE DE LA MATRICE.

Après l'expulsion du fœtus, la matrice revient graduellement sur elle-même; on la trouve dure, globuleuse, au niveau de la partie

moyenne de l'abdomen, et principalement du côté de la fosse iliaque droite. Cette rétraction, aidée de quelques contractions utérines, a pour effet, avons-nous dit, de rompre les dernières adhérences du placenta et de l'expulser ensuite. Il arrive quelquefois que ce retour de l'utérus ne se fait pas ou ne se fait qu'en partie; c'est ce défaut de rétraction qu'on appelle *inertie utérine*. Elle peut se manifester alors que le placenta est encore adhérent, et qu'il n'y a pas d'hémorrhagie; ou bien alors qu'il est décollé en partie ou dans sa totalité, et qu'il y a perte. L'inertie est partielle ou elle s'étend à tout l'organe; elle est complète ou incomplète.

Causes. — Elles tiennent à une disposition particulière de l'utérus, ou à l'état général de la femme; en d'autres termes, elles sont locales ou générales.

Celles qui tiennent à l'utérus sont la faiblesse propre à cet organe, faiblesse qui, le plus souvent, résulte d'une hémorrhagie survenue soit durant la grossesse, soit pendant ou après le travail; sa distension excessive comme dans le cas d'hydramnios ou de grossesse gémellaire; l'inertie est alors primitive, essentielle; c'est une stupeur de la matrice. qui, naguère distendue outre mesure, se trouve tout à coup sans soutien, et tombe dans une paralysie momentanée. Une parturition excessivement prompte et facile produit le même effet, parce que les fibres de l'utérus sont, comme le dit M. le professeur Moreau, prises au dépourvu, lorsque les eaux, le fœtus et le placenta se trouvent expulsés presque en même temps: l'accoucheur pourra produire le même accident, si, en ramenant la tête ou les pieds, il opère la déplétion trop brusquement. L'inertie par stupeur résulte souvent d'une distension préliminaire, trop forte, quoique le travail ait une durée normale; dans d'autres cas, au contraire, la matrice est inerte, parce que des contractions longtemps et inutilement répétées ont épuisé ses forces, comme celles d'un muscle trop violemment exercé. Nous mentionnerons encore la rupture tardive des membranes, tenant à leur résistance

trop grande, en un mot toutes les circonstances qui peuvent influer, d'une manière directe ou indirecte, sur la lenteur du travail, comme les rétrécissements du bassin, etc. Il en est de même de celles qui rendent l'accouchement trop prompt, telles que l'ampleur trop considérable du bassin, une faible résistance des parties molles, etc.

Les causes générales se trouvent dans la faiblesse constitutionnelle de la femme, dans la débilité suite de maladies antérieures et surtout d'hémorrhagie. On a vu aussi une grande frayeur ou toute autre passion vive de l'âme paralyser subitement toute l'énergie de l'utérus. Mais toutes ces causes agissent d'autant plus efficacement qu'il existe déjà une prédisposition. Celle-ci paraît même quelquefois agir seule; car on voit souvent l'inertie se manifester sans cause occasionnelle appréciable. Enfin l'inertie est d'autant plus à craindre qu'elle s'est déjà montrée dans les accouchements précédents.

Symptômes. — L'inertie se reconnaît au défaut de rétraction et de contraction de l'utérus; ses parois sont flasques: si l'on porte la main à l'hypogastre, on ne perçoit plus la sensation d'un corps dur et de forme globuleuse, circonscrit dans le bassin, mais bien celle d'une poche molle, volumineuse, dépassant souvent l'ombilic, et qu'on a de la peine à distinguer des viscères du bas-ventre. Les tranchées, si elles se manifestent, sont très-faibles.

En introduisant le doigt dans le vagin, on trouve l'orifice utérin sans resserrement; toutefois il peut arriver que cet orifice conserve son énergie, tandis que le reste de l'utérus est inerte; mais, en général, les lèvres sont appliquées l'une contre l'autre, de manière seulement à retenir le sang.

Si l'on pénètre dans la matrice, on y trouve une assez grande quantité de sang demi-coagulé; ses parois, qui sont dépourvues de contraction, n'offrent aucune résistance; on rencontre aussi le placenta, qui le plus souvent n'a pas été expulsé.

Diagnostic. — C'est par l'ensemble des symptômes que nous ve-

nons d'énumérer que l'accoucheur attentif arrivera à constater l'inertie. Ce diagnostic n'est pourtant pas aussi simple qu'il semblerait au premier abord, et souvent les plus grandes précautions deviennent nécessaires; « car cette inertie se reconnaît quelquefois assez difficilement, dit Antoine Dugès (*Dictionnaire de médecine et de chirurgie,* t. 9), et il est même bon de se rappeler qu'après la parturition, il se manifeste dans l'utérus des alternatives de contraction et de relâchement quelquefois avec douleurs (tranchées), lors de la manifestation des premières. Il ne suffit donc pas que la matrice semble mollasse à la main qui la cherche dans la région hypogastrique; pour qu'on déclare qu'il y a inertie, il faut encore qu'elle ait un volume plus ample qu'elle ne doit avoir après sa réduction; qu'elle flotte, pour ainsi dire, flasque, large et aplatie au devant du rachis, jusqu'au niveau de l'ombilic, et même davantage; il faut que cet état de flaccidité soit permanent ou à peine interrompu par quelques roidissements imparfaits. »

Pronostic. — En elle-même, l'inertie n'est pas une complication très-sérieuse; mais elle peut le devenir, eu égard aux accidents dont elle s'accompagne assez fréquemment : tels sont la syncope, les convulsions, le renversement de l'utérus et la métrorrhagie. Nous renvoyons à l'article *Hémorrhagie* ce que nous aurions à dire de cet accident.

Le renversement de la matrice, que Mme Boivin a appelé *introversion,* a été divisé par M. Leroux, de Dijon, en trois variétés : simple dépression, renversement incomplet, renversement complet.

La simple dépression consiste dans l'affaissement du fond de l'utérus en dedans, sans que la partie affaissée se présente à l'orifice. Dans cet état, le fond de l'organe ressemble, suivant la comparaison de Mauriceau, au cul d'une fiole de verre.

Le renversement est incomplet quand le fond de l'utérus est des-

cendu jusque vers l'orifice ou qu'il a pénétré en partie dans le vagin à travers le museau de tanche.

Le renversement est complet quand l'utérus, entièrement retourné sur lui-même (à part toutefois la partie du col qui constitue le museau de tanche), a pénétré dans le vagin ou qu'il pend hors de la vulve.

Les causes du renversement, dans la question qui nous occupe, sont : 1° les tractions imprudentes exercées sur le placenta ; 2° la pression exercée par les organes abdominaux sur le fond de l'utérus ; cette pression est surtout puissante et énergique, comme cause de renversement, lorsque les muscles de l'abdomen se contractent spasmodiquement ; 3° enfin nous admettrons, comme cause de déplacement, l'épaisseur et la pesanteur trop grandes du placenta, quoiqu'aucun fait ne vienne à l'appui de cette opinion de Sabatier.

Le renversement de l'utérus peut se produire d'une manière lente et graduelle ou brusquement ; il se manifeste par des hémorrhagies, des tiraillements aux aines, des douleurs aux lombes, un sentiment de pesanteur et de distension dans le bassin, des envies fréquentes d'aller à la selle. La femme, quand le renversement se fait d'une maniere brusque, éprouve des douleurs atroces et crie qu'on lui arrache les entrailles. Ces symptômes sont plus ou moins intenses suivant que le renversement est complet ou incomplet.

Traitement. — Le placenta n'étant pas décollé, l'inertie persistant, jamais il ne faut opérer de tractions sur le cordon, jamais non plus il ne faudra introduire la main dans l'utérus pour aller le décoller ; il est nécessaire pour cela que l'organe reprenne son énergie. En effet, lorsque l'utérus tombe dans l'inertie et qu'il n'y a pas de perte, on est en droit de supposer que le placenta est adhérent dans toute son étendue ; les résultats d'une traction seraient donc de déterminer une hémorrhagie, ou, si les adhérences ne cédaient pas, on s'exposerait à produire un renversement de l'utérus. On voit par là qu'il est fort heureux que l'inertie se montre avant le

décollement. Si l'on parvient à en découvrir la cause déterminante, il faut l'éloigner tout d'abord si c'est possible ; sinon la première indication à remplir est de combattre directement l'inertie. A cet effet, on favorise les contractions et la rétraction, ou bien on les fait naître par des frictions continues sur l'abdomen, et si ces dernières sont inefficaces, par des excitations directes avec la main sur le col et les parois de la matrice. M. le professeur Velpeau conseille de presser cet organe avec le bout des doigts à travers les parois abdominales, de le comprimer même avec une certaine force, alternativement de haut en bas, d'un côté à l'autre et d'avant en arrière comme pour le masser. On a encore vanté les applications froides sur l'hypogastre et le haut des cuisses, un bandage compressif autour du corps, au niveau de l'utérus. M. Guillemot dit avoir réussi à réveiller les contractions en plongeant l'extrémité du cordon dans un verre d'eau froide ; il est assez difficile de comprendre ce singulier résultat. Enfin on a préconisé l'emploi des toniques, les injections d'eau froide dans l'utérus et la veine ombilicale, et pardessus tout le seigle ergoté.

Chacun de ces divers moyens peut rendre des services dans des circonstances déterminées ; c'est à la sagacité de l'accoucheur de choisir tel, ou tel suivant l'intensité de l'inertie, sa persistance, et la cause présumée de son apparition. Tient-elle à un état d'épuisement, « alors, dit M. le professeur Moreau, du repos, un peu de sommeil, une petite quantité de bouillon, ou quelques cuillerées d'un vin généreux, suffisent ordinairement pour ranimer les forces de la femme, réveiller la contractilité de l'utérus, et faire cesser l'état d'atonie dans lequel il était plongé. » Ces moyens peuvent être employés concurremment avec des frictions prolongées sur l'hypogastre ; mais, si l'inertie persiste toujours, il faut recourir à l'ergot de seigle. On l'administre en poudre habituellement à la dose de 2 grammes que l'on divise en six paquets et que l'on fait prendre de cinq minutes en cinq minutes jusqu'au dernier, si les contractions ne sont pas jugées suffisantes. Il est absolument nécessaire de

ne prescrire que du seigle ergoté fraîchement pulvérisé, car cette poudre est inefficace et tout à fait inerte quand elle n'a pas été récemment préparée.

Si ces moyens venaient à échouer, il ne faudrait pas trop se presser d'aller à la recherche du placenta, puisque, dans ce cas, on n'a pas à craindre la rétraction du col ; d'ailleurs il n'y a pas nécessité d'opérer de suite le décollement du placenta, vu que la femme n'est pas exposée à un danger imminent, lors même que l'inertie persisterait pendant plusieurs heures. C'est alors que l'accoucheur doit redoubler de zèle, insister longtemps sur les moyens que nous avons énumérés, les varier, les combiner de diverses manières, jusqu'à ce qu'enfin, la nature lui venant en aide, il ait la satisfaction de voir sa persistance couronnée de succès.

CONTRACTION SPASMODIQUE DU COL.

« Lorsque, dit M. Cazeaux (*Traité d'accouchements*, p. 964), on a souvent eu occasion de constater l'état de mollesse, de flaccidité dans lequel se trouve la partie inférieure du col utérin après l'accouchement, on a peine à comprendre le spasme de l'orifice externe ; aussi la plupart des auteurs ont-ils rejeté son existence. On conçoit, du reste, que si cet état de l'orifice externe se présentait, il opposerait un obstacle momentané à la délivrance ; on devrait alors attendre que le spasme de l'orifice cédât aux contractions du corps et du fond de l'organe. Si un accident nécessitant la prompte délivrance survenait, on parviendrait facilement à vaincre la résistance du col. » On voit par là que c'est à l'orifice interne que réside presque toujours la contraction spasmodique. Celle-ci a été pendant longtemps confondue avec le chatonnement du placenta ; des faits nombreux cités par les auteurs en fournissent la preuve. M. Duchâteau, dans sa thèse (Paris, 1813, t. 4, n° 101) rapporte, entre autres, l'observation intitulée : *Sur un placenta chatonné et adhérent.* Les détails qu'il donne, à ce sujet, prouvent, de la manière la plus

péremptoire, que la disposition appelée, par cet auteur, *chatonnement du placenta* n'était autre chose qu'une contraction spasmodique de l'orifice interne. Ce n'est que dans ces derniers temps que la distinction a été établie entre ces états bien tranchés. M. Guillemot, qui a étudié avec soin les différents modes de formation et les variétés de chatonnement, a aussi donné des détails précieux sur la contraction spasmodique du col. Nous lui emprunterons, en grande partie, à l'exemple de M. Cazeaux (loc. cit., p. 965), l'excellente description qu'il en donne.

« Si l'on porte la main dans la matrice, on découvre dans le vagin un col si défiguré qu'il ressemble à une portion flottante du gros intestin ; à 12 ou 15 centimètres au-dessus, le doigt rencontre une espèce d'étranglement qui est l'orifice interne froncé et presque entièrement fermé. Suivant Mme Boivin, le col utérin, dans cet état de flaccidité, présente quelquefois 13 à 15 centimètres de longueur, sur 11 à 13 de diamètre ; au-dessus de cette partie rétrécie, se trouve la cavité du corps dont les parois, embrassant le placenta, sont quelquefois fortement rétractés ; d'autres fois, au contraire, dans un état d'inertie plus ou moins complète. La cavité utérine s'est ainsi partagée en deux portions : lorsque la portion supérieure s'est contractée de toutes parts sur le placenta, ce qui est le cas le plus ordinaire, elle n'offre plus que la moitié du volume de l'organe en totalité ; de sorte que le rétrécissement, quoique siégeant à l'orifice interne, se trouve cependant situé à peu près à la partie moyenne : c'est ce qui a pu faire croire à plusieurs accoucheurs qu'ils avaient affaire à une contraction irrégulière du corps de l'utérus.

Le placenta est ordinairement contenu tout entier dans la cavité supérieure, mais il n'en est pas cependant toujours ainsi ; on a vu quelquefois, au contraire, cette masse vasculaire, étranglée en quelque sorte par le resserrement du col, être en partie contenue dans la cavité supérieure, et en partie dans la cavité inférieure. Il peut arriver alors : 1° qu'une très-petite portion du placenta soit saillante dans le vagin ; 2° que le délivre soit étranglé par sa partie

moyenne ; 3° enfin que plus de la moitié de cette masse vasculaire soit pendante au-dessous de l'orifice interne rétracté. Nous verrons que ces différentes circonstances doivent être distinguées dans le traitement.

Cette variété se reconnaît à la forme que la matrice contracte et à la résistance que l'orifice utérin présente soit à l'extraction du placenta, soit à l'introduction du doigt de l'accoucheur. A travers la région hypogastrique, on peut sentir l'utérus fortement rétracté et dur ; si l'on pratique quelques tractions sur le cordon, on voit qu'elles sont infructueuses, et cependant, en pratiquant le toucher, on sent le placenta au-dessus de l'orifice interne ; mais on peut facilement constater le resserrement de cet orifice, auquel on n'arrive qu'après avoir senti les parois du col flasques, mollasses et pendantes dans la cavité vaginale. Enfin il ne s'échappe pas de caillots, quelquefois même il ne s'écoule presque pas de sang.

Si ce resserrement de l'orifice interne ne s'accompagne pas d'accidents, on attend ; et le plus souvent, au bout de quelques heures, quelquefois plus tôt, le spasme cesse, l'utérus reprend sa forme régulière, et le placenta est expulsé ; s'il persistait après quatre ou cinq heures, il faudrait avoir recours aux préparations opiacées d'abord ; puis, s'il y avait des phénomènes généraux de pléthore, on emploierait la saignée ; les bains peuvent encore être utiles, mais la difficulté de surveiller l'utérus pendant leur administration commande une grande réserve. Enfin si, malgré l'emploi de ces moyens, le spasme ne cédait pas, ou qu'il se compliquât de perte inquiétante, il faudrait opérer la dilatation du col. Pour cela, on commence à engager un doigt, puis deux, puis trois, avec le soin d'élargir par degrés l'orifice, jusqu'à ce qu'il puisse admettre la main. Il serait utile, suivant la recommandation de M. Stoltz, de graisser sa main avec la pommade de belladone. Il est évident que si une portion du placenta était engagée à travers l'orifice rétracté, la conduite à suivre serait différente dans les trois circonstances que nous avons distinguées plus haut. Lorsqu'une très-petite portion du délivre est seu-

lement engagée, il faut chercher à la repousser, et pénétrer, comme nous l'avons dit, dans le corps de l'utérus; si le placenta est étranglé par sa partie moyenne, les doigts, glissant entre lui et le pourtour du col, doivent tirailler petit à petit la partie qui est au-dessus; si enfin presque toute la masse placentaire est déjà dégagée, il faut, saisissant toute cette portion, la comprimer fortement, chercher aussi à réduire par la compression le volume de la partie étranglée, et extraire le tout. »

ADHÉRENCES ANORMALES DU PLACENTA.

Des exemples de cet état morbide sont rapportés par un grand nombre d'accoucheurs, parmi lesquels nous comptons Smellie, Baudelocque, Desormeaux... De ces adhérences, les unes occupent toute la surface du placenta, comme dans le fait relaté par Desormeaux; d'autres ne sont que partielles : dans ce cas, le centre du placenta étant libre, elles peuvent envahir la circonférence soit dans sa totalité, soit seulement en quelques points, comme dans l'observation de Smellie.

Qu'elles soient générales ou partielles, ces adhérences offrent plusieurs degrés de résistance : ainsi tantôt elles cèdent aux seuls contractions de l'utérus; d'autres fois des tractions sur le cordon sont nécessaires; dans quelques cas, l'introduction de la main est indispensable; enfin il peut arriver qu'aucun de ces moyens ne soit suffisant, le placenta faisant pour ainsi dire corps avec l'utérus, témoin le fait rapporté par Morgagni : cet auteur raconte qu'il trouva sur une femme morte le placenta tellement adhérent par une de ses moitiés, qu'il eut de la peine à le détacher, même avec le scalpel.

Causes. — Si la plupart des auteurs sont généralement d'accord sur la réalité de ces adhérences, il s'en faut qu'ils s'entendent aussi bien sur leur origine; ainsi les anciens voulaient que, de la

surface interne de la matrice, partissent des crêtes charnues qui allaient s'enfoncer dans le placenta; mais une observation plus attentive a fait justice de cette opinion erronée, et aujourd'hui il n'existe plus de crêtes. D'autres accoucheurs, et de ce nombre se trouve Smellie, en ont cherché la cause dans la dégénérescence squirrheuse soit de l'utérus, soit du placenta; mais ici encore, l'observation s'élève contre cette manière de voir. En effet, dans les points où l'utérus paraît squirrheux, on voit très-rarement le placenta s'y insérer, et quand ce corps semble lui-même affecté de squirrhosité, la portion malade ne porte aucune trace d'adhérence. On a encore invoqué, pour se rendre compte des adhérences anormales, une dégénérescence graisseuse, des concrétions calcaires et osseuses; mais Gooch, qui rapporte un cas de ce genre, dit avoir rencontré trois fois sur la même femme le placenta en partie ossifié, et n'avoir jamais eu aucune difficulté à opérer la délivrance.

Si nous ne pouvons adopter ces diverses opinions, nous rangerons-nous du côté de ceux qui expliquent les adhérences par l'inflammation des surfaces correspondantes de l'utérus et du placenta? L'analogie semblerait parler en faveur de cette manière de voir; mais les faits viennent-ils appuyer l'analogie? On cite bien quelques cas où des femmes, après avoir reçu un coup à l'hypogastre, et ayant ressenti une douleur vive dans un point limité, ont présenté une adhérence au niveau de ce point sensible; mais en présence de ces faits, d'ailleurs peu nombreux, il en est d'autres tout contradictoires. Nous dirons donc que, si cette explication est plus satisfaisante que les autres, elle demande encore des faits pour être solidement assise.

Il est un autre état particulier du placenta que nous devons signaler, parce qu'il en a souvent imposé aux accoucheurs : il s'agit de ces plaques blanchâtres, plus ou moins dures, évidemment de nature fibrineuse, qui, pendant longtemps, ont été prises pour une dégénération de tissu et auxquelles on a rattaché la plupart des adhérences normales. La fausse interprétation de ce phénomène

provenait évidemment de ce que les auteurs n'avaient pas su remonter à sa cause. Dans ces derniers temps, M. P. Dubois a comblé cette lacune : par l'observation attentive et raisonnée d'un grand nombre de faits, notre professeur est arrivé à déterminer la nature et le mode de formation de ces plaques. Voici, à peu près, sa théorie : à une époque plus ou moins avancée de la grossesse, il se produit une hémorrhagie entre l'utérus et le placenta, ou bien entre celui-ci et les membranes ; quelquefois elle a lieu dans le tissu même du placenta et constitue alors ces foyers sanguins désignés par M. Cruveilhier sous le nom d'*apoplexie placentaire.* Quoi qu'il en soit, le sang ainsi épanché décolle successivement les parties adjacentes et s'étend en nappe plus ou moins considérable sans pouvoir s'échapper à l'extérieur ; on a remarqué, en effet, que, dans les cas de ce genre, il n'y a point de perte; au bout d'un certain temps, il s'opère dans le foyer un travail de résorption ; la partie la plus fluide du sang est reprise par le torrent circulatoire, puis la matière colorante disparaît elle-même, et il ne reste plus, en définitive, que sa portion fibrineuse qui tend à s'organiser et forme les plaques blanchâtres dont nous avons parlé, derniers vestiges de l'épanchement sanguin. Ces plaques, qui peuvent affecter diverses formes et offrir une étendue variable, s'observent tantôt sur la face fœtale du placenta, tantôt sur sa face utérine. Elles se présentent fréquemment sous l'aspect de rubans plus ou moins larges, qui circonscrivent en totalité ou en partie la circonférence placentaire : cette disposition permet, jusqu'à un certain point, d'apprécier l'ancienneté de l'épanchement : supposons, en effet, qu'au quatrième mois de la grossesse, il se produise une hémorrhagie sur le bord du placenta, et qu'il en résulte consécutivement une plaque fibrineuse circulaire; si l'avortement n'a pas lieu, le placenta continuera à s'étendre, et alors cette plaque, qui occupait naguère sa circonférence, s'en trouvera plus ou moins éloignée lorsque cet organe aura acquis son entier développement. D'après cela, on peut

dire, d'une manière générale, que l'hémorrhagie s'est produite à une époque d'autant moins avancée de la grossesse, que la plaque circulaire est plus rapprochée du centre placentaire, et *vice versa*.

L'explication de M. le professeur P. Dubois nous paraît d'autant mieux fondée, qu'il a été souvent possible de surprendre en quelque sorte la nature en flagrant délit. M. P. Dubois nous a présenté dernièrement, à l'hôpital des Cliniques, un cas de ce genre; c'était un placenta de quatre mois et demi, offrant, sur sa face utérine, un épanchement sanguin récent qui n'avait pas encore subi le travail de résorption; nul doute que, si la grossesse n'avait pas été interrompue, ce travail ne se fût opéré, et qu'on n'eût retrouvé plus tard une plaque fibrineuse. Notons, en passant, que, dans le cas qui nous occupe, l'avortement avait eu lieu sans cause appréciable, et que le fœtus était né mort. Ne pourrait-on pas attribuer cette mort précoce à l'hémorrhagie elle-même ? Cette supposition n'a rien d'invraisemblable; du reste on a remarqué que, dans presque tous les cas de ce genre, le fœtus est arrivé mort, ou bien il a été chétif, et n'a pas présenté un développement en rapport avec son âge. L'explication de ce fait est toute simple, surtout quand l'épanchement siége sur la face utérine du placenta; alors, en effet, l'hématose utéro-placentaire est plus ou moins troublée. Si ce trouble n'est poussé que jusqu'à un point compatible encore avec la vie du fœtus, celui-ci continue, quoiqu'avec peine, à se développer, et la grossesse arrive à son terme; mais si le trouble de l'hématose est poussé trop loin, il s'ensuit inévitablement l'asphyxie du fœtus et son expulsion prématurée.

A quoi tiennent ces ruptures vasculaires? M. P. Dubois l'ignore; mais ce qu'il y a de probable, dit-il, c'est qu'elles dépendent de prédispositions particulières; car ces accidents surviennent chez les mêmes femmes, et souvent à la même époque de la grossesse. Ces foyers sont impossibles à reconnaître, de sorte que l'intervention de l'art n'est pas possible; par des précautions seulement, on peut faire arriver une grossesse à terme.

Les altérations de ce genre sont assez fréquentes, mais les accidents que les auteurs mentionnent sont bien plus rares. En effet, des placentas presque entièrement recouverts de plaques ou de noyaux fibrineux n'offrent pas bien souvent plus de difficultés qu'à l'ordinaire. Nous sommes loin toutefois de vouloir nier la possibilité et la réalité d'adhérences semblables à celle dont parle Morgagni; nous voudrions seulement constater que les cas dans lesquels ces plaques ou noyaux fibrineux apportent un obstacle à la délivrance sont rares.

Diagnostic. — Arrive-t-on facilement à connaître ces adhérences? S'il fallait s'en rapporter à Desormeaux, on pourrait presque toujours en établir l'existence d'une manière infaillible : mais nous pensons qu'il est plus sage d'imiter la circonspection d'autres accoucheurs non moins recommandables, qui, dans certains cas de ce genre, se contentent de soupçonner. Voici, du reste, comment s'y prendre pour établir autant que possible ce diagnostic : lorsqu'une heure ou une heure et demie après la sortie du fœtus, la forme globuleuse de la matrice, sa dureté, ses contractions manifestes, montrent que cet organe s'efforce en vain d'expulser le délivre, et que, portant le doigt à travers le col, on n'y trouve pas le placenta; lorsqu'en opérant des tractions sur le cordon ombilical, on sent, à travers les parois abdominales, que l'utérus est entraîné en totalité et en bas, ou seulement déprimé vers son fond, on a de fortes raisons de croire à une adhérence contre nature; l'introduction de la main dans l'organe en donnera la certitude. Le seul accident avec lequel on puisse confondre les adhérences anormales est la contraction spasmodique de l'utérus; les signes propres à la reconnaître et le toucher éclaireront sur ce point. Cependant il peut arriver qu'un placenta ait été jugé adhérent, alors qu'on n'a pas laissé à la matrice le temps de se contracter et de rompre ses attaches

Pronostic. — Le pronostic est d'autant plus grave que l'adhérence

est plus intime et qu'elle se complique d'accidents, tels que hémorrhagie, convulsions, syncopes, etc.

Traitement.— Les adhérences anormales une fois bien constatées, convient-il d'introduire la main dans la matrice pour les détruire? ou bien doit-on laisser agir la nature? Cette question a fortement divisé les accoucheurs, et aujourd'hui même il existe à cet égard des opinions très-opposées. Les uns veulent qu'on opère la délivrance artificielle dans l'immense majorité des cas; les autres enseignent qu'il est très-souvent préférable de s'en rapporter à la nature. Laisser trop longtemps le délivre dans la matrice, disent les premiers, c'est exposer la femme à un très-grand nombre d'accidents, tels que l'hémorrhagie, les convulsions, les fièvres de mauvaise nature, par suite d'absorption putride : ils citent des observations où, pour n'avoir pas été délivrée, la femme n'a pas tardé à succomber; et si des déchirements, ajoutent-ils, ont été la suite de la délivrance forcée, c'est à la maladresse de l'accoucheur et non à l'opération elle-même qu'il faut en rapporter la cause.

L'opinion contraire est soutenue par des accoucheurs également célèbres. Ces derniers, qui cependant sont loin de s'opposer à la délivrance artificielle dans tous les cas de ce genre, soutiennent que le plus souvent il est mieux de s'abstenir que de se livrer à trop d'efforts pour l'extraction du placenta. Ils invoquent des faits où, à la suite de tentatives faites pour détruire des adhérences, la matrice a été violemment dilacérée, quelquefois même perforée. Ce n'est pas, d'après eux, la résorption du pus, mais les violences exercées sur l'utérus qui produisent des maladies si souvent mortelles; d'ailleurs, ajoutent-ils, on combat avec succès les accidents d'absorption à l'aide d'injections émollientes, détersives, toniques. De part et d'autre, comme on le voit, les hommes les plus estimés pour leur mérite et leur science pratique; de part et d'autre, des raisons, des faits. Au milieu de cette divergence d'opinions, quelle est la conduite à tenir? On doit, ce nous semble, faire une distinction importante : l'adhérence

peut être totale et ne s'accompagner d'aucun accident, ou bien n'être que partielle et donner lieu à une perte. Dans ce dernier cas, il n'y a pas à hésiter, l'indication est formelle, on doit faire tous ses efforts pour opérer la délivrance au plus vite. Mais en sera-t-il de même pour l'adhérence simple? C'est ici justement que les auteurs sont le plus en désaccord. Nous pensons, avec M. le professeur Moreau, que quand le placenta ne sort pas, et qu'il ne survient point d'accidents, on peut attendre une heure ou deux; mais que, ce laps de temps écoulé, on doit tenter la délivrance, à la condition toutefois d'y renoncer, dès qu'on éprouve une trop grande résistance.

Le conseil de ne pas attendre plus de deux ou trois heures avant d'aller rompre les adhérences pour éviter les accidents que nous avons mentionnés plus haut, n'implique pas la nécessité d'y renoncer, lorsque ce temps s'est écoulé; plusieurs accoucheurs ont pu aller décoller le placenta depuis sept heures jusqu'à trois jours après l'accouchement. M. Moreau a pratiqué la délivrance le huitième jour: une jeune dame, femme et belle-fille de médecins, accouche d'un enfant vivant; la délivrance n'est pas jugée nécessaire, parce qu'il n'y a pas d'accidents. Le troisième jour, une hémorrhagie légère se déclare et se continue jusqu'au septième jour. On s'aperçoit alors que le placenta exhale une mauvaise odeur, que la femme pâlit; on fait des injections détersives. M. le professeur Moreau, appelé le huitième jour, trouve le pouls faible, le ventre douloureux et le cordon pendant à la vulve; il procède à la délivrance, et reconnaît que la partie adhérente est fraîche et l'autre putréfiée. La femme meurt trente heures après. « Ayant eu, ajoute M. Moreau, cet exemple sous les yeux au commencement de notre pratique, nous n'avons jamais hésité depuis à pratiquer la délivrance artificielle dans les cas analogues » (loc. cit., t. 2, p. 415).

Mais, avant d'en venir à l'extraction directe, il est bon de mettre en œuvre tous les moyens propres à favoriser le décollement du placenta.

M. le Dr Mojon a préconisé, dans ces derniees temps, les injec-

tions, par la veine ombilicale, d'eau froide pure ou acidulée avec du vinaigre, dans le but de réveiller les contractions de la matrice et de détruire les adhérences du placenta en augmentant sa turgescence. On se sert pour cela d'une seringue de femme à canule très-fine que l'on introduit dans la veine ombilicale, on pousse une injection de 200 à 300 grammes, et, si la première ne suffit pas, on en fait une deuxième et même une troisième, en ayant soin de faire sortir, au moyen de pressions sur le cordon, l'eau précédemment introduite. Plusieurs accoucheurs, au dire de M. Chevreul, ont employé cette injection avec beaucoup de succès; néanmoins l'observation démontre que son efficacité n'est pas constante. Du reste, son innocuité ne semble pas certaine, comme on peut en juger par le fait suivant que rapporte M. Moreau (loc. cit., p. 417) : « La délivrance, dit ce professeur, ne s'opérant pas chez une femme dont l'accouchement avait d'ailleurs été fort simple, et les tractions opérées sur le cordon n'amenant aucun résultat, le praticien qui l'assistait injecta de l'eau froide dans la veine ombilicale. L'injection demeura sans effet; on la répéta, mais avec de l'eau vinaigrée. Cette fois la femme sentit presque aussitôt un goût de vinaigre dans la bouche; elle fut prise de ptyalisme et d'un froid si intense que, pendant quinze heures, on eut les plus grande peines à la réchauffer. Cependant la délivrance n'ayant pas lieu, on nous fit appeler. Nous trouvâmes le cordon pendant à la vulve, et le placenta engagé en partie dans l'orifice, mais non complétement détaché. Nous introduisîmes la main dans l'utérus pour rompre les adhérences, et l'extraction se fit sans difficulté. Tous les accidents cessèrent, la femme se rétablit, et depuis elle a eu plusieurs enfants. Ce fait curieux, ajoute M. Moreau, nous semble démontrer que les injections d'eau acidulée dans la veine ombilicale ne sont pas aussi exemptes d'inconvénients qu'on pourrait le croire an premier abord. » A côté de ce fait, on en cite d'autres où les injections n'ont pas provoqué le moindre accident : on pourra donc y avoir recours, mais avec certains ménagements, et en ayant soin que l'eau ne soit que faiblement acidulée.

On a encore conseillé l'ergot de seigle ; mais ce moyen, si utile dans d'autres circonstances, paraît ici tout à fait inefficace, et semble même, dans quelques cas, créer de nouveaux obstacles, comme le prouve une observation de M. Moreau. Néanmoins, si l'utérus offrait quelque apparence d'inertie, on pourrait l'employer avec quelque avantage.

Après l'insuccès de tous les moyens indirects, reste, en définitive, la délivrance artificielle. Voyons de quelle manière elle doit être opérée.

Si le cordon n'est pas rompu, c'est sur lui que seront dirigées les tractions ; mais dans quel sens se font-elles, et la direction donnée au cordon est-elle indifférente ?

Levret et Baudelocque disent qu'il faut tirer perpendiculairement au placenta, sans quoi aucun heureux résultat ne saurait être obtenu. Si vous tirez en sens inverse, dit Levret, deux feuilles de papier mouillées et appliquées l'une sur l'autre, vous les déchirerez facilement, mais vous ne les séparerez point ; tandis que vous les séparerez aisément si vous les tirez en les écartant l'une de l'autre. Il en est de même, dit-il, du placenta par rapport à l'utérus, et, si les tractions sur le cordon ne sont pas perpendiculaires au placenta, vous n'obtiendrez jamais ce que vous désirez. L'application ingénieuse de cette image, hautement approuvée par Desormeaux, ne semble pas aussi juste à M. le professeur Velpeau. « Les auteurs, dit-il, qui font un semblable raisonnement n'ont pas réfléchi qu'on ne manœuvre pas dans un espace libre, que le placenta n'est pas seulement plaqué contre les parois de la matrice, et que ses parois ne sont pas fortement distendues ; ils ont perdu de vue que les doigts ne soutiennent le cordon qu'au-dessous du col, que le délivre touche les parois de l'utérus et par sa face spongieuse et par sa face membraneuse, que, de quelque manière qu'on s'y prenne, le cordon sera toujours parallèle et non perpendiculaire au grand diamètre de la matrice, depuis son insertion jusqu'à ce qu'il ait traversé l'orifice de cet organe ; qu'en le repoussant avec force, comme on le

conseille, en arrière, en avant et de côté, on l'oblige à frotter, à glisser sur le point correspondant du col, comme sur la gorge d'une poulie, sans que cela puisse changer en rien sa direction par rapport au placenta lui-même» (Velpeau, *Traité d'accouchements*).

Cette explication nous paraissant très-rationnelle, nous n'ajouterons rien à ce que nous avons dit précédemment. Nous ne voulons pas dire par là que les tractions doivent être exercées sans guide, sans précaution aucune ; et voici de quelle manière nous conseillerons d'agir : le premier soin de l'opérateur devra être de s'assurer, autant que possible, de la direction du grand axe de l'utérus. Après cela, il portera deux ou trois doigts dans la cavité vaginale pour s'en servir comme d'un point d'appui, et il fera des tractions en avant, en arrière, à droite ou à gauche, d'après la direction présumée de l'axe principal de la matrice ; de cette manière, l'extraction du placenta se fera le plus ordinairement sans peine. Cependant, si l'on éprouvait trop de difficulté, et que le cordon menaçât de se rompre, il faudrait s'arrêter, et ne pas s'exposer à sa rupture. Il convient alors de porter la main dans la cavité utérine ; le cordon, s'il existe encore, sera le meilleur guide pour arriver sûrement au placenta. S'il avait été arraché par l'effet de tractions violentes exercées sur lui, ou par toute autre cause, on devrait aller à la recherche du placenta et tâcher de ne pas le confondre avec la paroi même de l'utérus. Voici à l'aide de quels signes on pourra éviter une semblable erreur : 1° Les doigts, appliqués sur la face fœtale du placenta, sentiront la saillie formée par les vaisseaux qui rampent sous les membranes. 2° La pression exercée sur la masse placentaire sera à peine perçue par la malade ; elle sera, au contraire, douloureuse sur la paroi utérine. 3° Enfin, l'autre main, appliquée sur la région hypogastrique, pourra distinguer, entre elle et la main introduite dans l'organe, une épaisseur de parties plus grande que celle qui est représentée par les parois de l'utérus réunies aux parois abdominales.

Une fois le placenta reconnu, il faudra se comporter d'une ma-

nière différente, selon qu'il présentera telle ou telle disposition de celles que nous avons indiquées. N'est-il adhérent que par une partie de son étendue, la main sera légèrement glissée à plat entre la matrice et lui pour opérer son décollement. Dans ce cas, M. le professeur P. Dubois préfère empoigner à pleine main la partie déjà détachée et exercer sur elle des tractions, dans le but d'achever de décoller le reste; si l'on n'y parvient pas, il veut qu'on déchire et qu'on enlève toute la portion détachée; mais là doivent se borner toutes les tentatives. Le placenta est-il adhérent dans toute son étendue, la main devra suivre les membranes, arriver jusqu'à sa circonférence, et faire en sorte d'en détacher une partie, après quoi on se conduira comme dans le cas d'adhérence primitivement partielle. Enfin, quand le placenta n'est adhérent que par son bord, il convient d'en perforer le centre, et d'agir ensuite comme nous venons de le dire.

Si, malgré toutes les tentatives sagement faites que nous conseillons, on ne pouvait parvenir à extraire la masse entière du placenta, il ne faudrait pas insister, et l'expulsion des fragments abandonnés dans la matrice aurait probablement lieu plus tôt ou plus tard, soit tout à la fois, soit morceau par morceau; dans les cas de ce genre, on devra mettre en usage à l'intérieur les médicaments propres à prévenir ou à combattre l'infection putride, et en seconder l'effet par des injections émollientes et détersives.

CHATONNEMENT DU PLACENTA.

On dit que le placenta est chatonné ou enchatonné lorsqu'il est renfermé dans une cavité particulière, formée aux dépens des parois mêmes de l'utérus, et résultant des contractions irrégulières de cet organe. On distingue dans l'enchatonnement deux formes très-différentes, qui, toutes deux, ont reçu des noms particuliers.

« On appelle *enchatonnement par enkystement* celui où le placenta

est cerné de tous côtés et emprisonné tout entier, excepté à l'ouverture d'entrée de la cellule par où passe le cordon ombilical ; on nomme *enchatonnement par encadrement* celui dans lequel les parois utérines, en se rétractant autour de la circonférence du placenta, constituent autour de ses bords une espèce de bourrelet qui l'encadre, à peu près comme la conjonctive boursouflée encadre la cornée dans le chémosis.

« Ces deux espèces d'enchatonnements peuvent être complets ou incomplets. L'enchatonnement par enkystement est complet quand le placenta est en entier renfermé dans la cellule ou l'espèce de kyste formé par les parois utérines rétractées ; il est incomplet lorsqu'une portion plus ou moins considérable du placenta déborde l'ouverture de la cellule.

« L'enchatonnement par encadrement est complet lorsque le bourrelet formé par les fibres utérines rétractées encadre toute la circonférence du placenta ; il est incomplet lorsqu'il n'existe que sur une partie de la circonférence de cette masse vasculaire. » (Cazeaux, *Traité d'accouchements*).

Les auteurs ne sont pas d'accord sur la manière dont se forme cette cavité accidentelle : les uns ont regardé ce phénomène comme résultant d'un vice de conformation de la matrice ; c'est là l'explication de Peu, qui, le premier, il y a deux cents ans, a parlé de cette disposition singulière, mais aucun fait anatomique n'est venu confirmer son opinion ; d'autres l'ont attribué à l'inégale contraction de l'utérus, qui, après la sortie des eaux, irrité par le contact de l'enfant sur toute sa surface, excepté dans le lieu où adhère le placenta, se contracte moins dans ce dernier point ; en sorte que le corps de l'utérus, revenant sur lui-même partout ailleurs, le placenta se trouve renfermé dans une cavité particulière. Plessmann est l'auteur de cette théorie, qui n'est, comme nous allons le voir, qu'une modification des idées de Levret. Baudelocque avait jugé le chatonnement du placenta comme le résultat du resserrement irrégulier de la matrice sur le corps du fœtus ; il lui avait paru dé-

montré que, dans l'accouchement, l'utérus, après l'évacuation des eaux de l'amnios, en se resserrant davantage à l'endroit du cou de l'enfant que sur la tête et le tronc, se sépare quelquefois en deux cavités qui se distinguent d'autant mieux, après l'expulsion du fœtus, que le cercle utérin qui était appliqué sur le cou s'est plus rétréci ; que si le placenta répond dans cette arrière-cavité, le chatonnement a lieu, et la résistance de ce point annulaire peut s'opposer à la séparation et à l'expulsion du placenta. L'existence de ces deux cavités a reçu de Simson une autre explication dans la lettre que contient le 4e volume des *Essais et observations de médecine de la Société d'Édimbourg*. Suivant cet accoucheur, la matrice est divisée en deux cavités, l'une formée primitivement par le fond de ce viscère et contenant toujours le placenta ; l'autre composée par son col, dans les derniers mois de la grossesse, renfermant le fœtus, la plus grande partie des eaux et des membranes. Si ces deux cavités se confondent par la dilatation successive de cette partie que les auteurs appellent *os tincæ*, elles peuvent, par une cause accidentelle, que Simson ne semble pas avoir clairement appréciée, reparaître après l'accouchement. Pour soutenir sa doctrine, cet auteur s'appuie sur des observations de chatonnement du placenta. Levret avait présenté cet accident sous une autre face, et tous ses contemporains pensèrent, avec lui, que l'inertie de la matrice au lieu d'insertion du placenta pouvait, au milieu des contractions des autres parties de ce viscère, devenir la cause formelle et occasionnelle de la cellule qui emprisonnait cet organe. Cette étiologie fit aisément oublier l'explication proposée par Peu; mais elle ne tarda pas à subir le même sort, lorsque Baudelocque proposa la théorie que nous avons développée, et qu'il la plaça sous l'autorité de son nom et le prestige de sa renommée. Desormeaux ne paraît pas éloigné d'adopter, au moins en partie, la manière de voir de Levret et de Plessmann.

Quoi qu'il en soit de ces diverses théories, elles n'expliquent pas d'une manière satisfaisante la formation de la cellule; toutefois

Levret a donné, sur ce sujet, des idées assez exactes en nous montrant cette cavité se dessinant autour du placenta. Il était réservé à une sage-femme de découvrir le mécanisme de cette formation, et de nous permettre d'étudier le développement du chaton. Sous ce rapport, l'observation de Mme de Lunel (sage-femme à Chartres; *Journal de médecine et de chirurgie,* année 1766, p. 67) est précieuse, et tout en nous dévoilant la marche de cet accident, elle nous donne la raison de différents faits qu'on n'avait pu jusqu'alors expliquer.

Le chatonnement du placenta peut avoir lieu sur tous les points de la matrice, et contre l'opinion de Baudeloque, il arrive plus fréquemment sur les côtés, les parois antérieure et postérieure, que dans le fond de cet organe. Il est une cause d'erreur sur l'appréciation du siége du chatonnement, que Levret a signalée le premier, et qui doit être rappelée ici; c'est que le fond de la matrice, après l'expulsion du fœtus, en continuant de se contracter, se rapproche de l'orifice et peut paraître de niveau, ou du moins à peu de chose près, avec l'embouchure de la cellule, et faire croire, par ce mouvement de retrait, que le chatonnement a lieu dans le fond de ce viscère (Guillemot, *Journal universel et hebdomadaire* de 1831, t. 4).

Le diagnostic de cette disposition ne nous paraît pas d'une très-grande difficulté. Une main appliquée sur l'hypogastre sentira la matrice contractée, déprimée sur un de ses points, et comme divisée en deux lobes, ce qui lui donne la forme d'une calebasse. Si l'on porte en même temps la main dans l'utérus, on ne rencontre point tout d'abord le placenta, et, en suivant la direction du cordon, on est conduit à une petite ouverture arrondie (ouverture du chaton) à travers laquelle il s'engage. En faisant pénétrer le doigt par cette ouverture, on s'aperçoit qu'il existe une sorte de kyste renfermant le placenta. Il n'y a plus de doute alors sur le diagnostic.

Le chatonnement n'empêche pas toujours la délivrance de s'opérer comme à l'ordinaire; il ne faut donc pas trop se hâter d'agir.

Il suffit le plus souvent d'attendre et de favoriser le retour de l'utérus à sa forme régulière, pour que le délivre soit expulsé. On emploie, à cet effet, tous les moyens dont nous avons parlé précédemment. Toutefois cette expectation ne convient que dans les cas où il n'existe aucun accident; car si une complication grave menaçait les jours de la femme, il ne faudrait point balancer, la délivrance artificielle devrait être opérée de suite. Pour cela, après avoir porté la main dans la matrice, on tâche de dilater avec ménagement l'orifice du chaton, et de pénétrer dans la cavité qui renferme le placenta. Douglas, qui a particulièrement étudié ce sujet, dit qu'on trouve le plus souvent le placenta encore adhérent, tandis que, suivant M. Guillemot, les adhérences dans le kyste sont très-rares; en sorte que, dit-il, dans la plupart des cas, l'accoucheur n'a d'autre peine que celle que lui donne l'introduction de la main; ensuite il saisit avec facilité le délivre décollé dans sa loge, et l'amène à l'extérieur. Il cite, pour appuyer sa manière de voir, une observation de Smellie. Quoi qu'il en soit de ces deux opinions, la conduite à tenir ne varie pas sensiblement; s'il existe des adhérences, il faudra les détruire et procéder ensuite à l'extraction de la même manière, en saisissant le placenta par un de ses bords, afin de lui faire franchir avec plus de facilité l'ouverture du chaton. Au lieu de chercher à dilater cette ouverture, ce qui est souvent fort difficile, M. Dubroca, de Bordeaux, a proposé une méthode qu'il appelle *méthode par érosion;* elle consiste à introduire un doigt dans l'ouverture du chaton, et à l'aide de ce doigt, à déchirer et à réduire en bouillie le placenta, qui est ainsi expulsé par fragments; ce procédé paraît lui avoir réussi dans plusieurs cas où il n'avait pu faire pénétrer plusieurs doigts dans le kyste.

Après l'extraction du placenta, il est bon d'enlever les caillots qui se trouvent dans la cavité utérine, et de tenir dilaté l'orifice du chaton jusqu'à ce que la matrice soit suffisamment revenue sur elle-même.

La cellule cesse le plus souvent d'exister immédiatement après la

délivrance ; néanmoins elle peut persister pendant deux, quatre, et même six heures ; Agasse l'a reconnue après cinq jours de délivrance. Une remarque à faire, c'est que la cellule suit la même marche dans sa disparition que dans sa formation. Levret nous a laissé l'observation d'une cellule qui, après avoir acquis tout son développement autour du placenta, présenta, en s'effaçant, cette disposition qui répond au chaton incomplet.

VOLUME EXCESSIF DU PLACENTA.

L'arrière-faix présente quelquefois un volume plus considérable qu'à l'état normal. Cette circonstance, qui apporte ordinairement quelque retard à son expulsion, ne saurait jamais constituer un accident bien sérieux. Il est même une remarque à faire relativement à ce volume, c'est que, bien des fois, il est plutôt apparent que réel, et dépend des caillots et du sang liquide amassé dans la poche que l'œuf a formée en se renversant, lorsqu'il est tombé sur le col de l'utérus. M. le professeur Velpeau (*Traité d'accouchements*) a rencontré deux exemples remarquables de ce dernier genre ; dans l'un, le placenta formait une tumeur tellement arrondie et volumineuse au bas du vagin, que la sage-femme le prit d'abord pour la tête d'un deuxième enfant. Dans l'autre, il pendait en partie hors de la valve, sous la forme d'une grosse masse livide, dont l'accoucheur fut effrayé en la prenant pour un renversement de la matrice. « Cependant, ajoute le même auteur, le placenta offre quelquefois un volume démesuré. L'accouchement de Mme D... m'a donné l'occasion d'en extraire un qui pesait 2 livres, et qui avait plus de 2 pouces d'épaisseur dans un grand nombre de points. M. Carus parle d'un placenta tellement hypertrophié, qu'il pesait 2 livres et demie. L'enfant à terme pesait 4 livres moins un quart. Stein dit en avoir rencontré un de 6 livres, et un autre de 3 livres. »

On devra soupçonner cette cause de difficulté lorsqu'on verra que l'utérus, quoique dur et rétracté, proémine au-dessus des pubis, et

conserve un volume plus considérable qu'à l'ordinaire. Le soupçon sera confirmé si l'on constate, par le toucher, que le placenta est décollé et se trouve sur le col. Cette complication, soit qu'elle tienne à ce que le délivre est réellement trop volumineux, soit qu'elle résulte d'une accumulation de sang dans la poche formée par les membranes, ne doit pas inspirer beaucoup de craintes. Quelques contractions utérines, secondées par des tractions méthodiques sur le cordon, suffisent ordinairement pour effectuer la délivrance. Toutefois, si l'on présumait une extraction trop difficile, qui pourrait donner lieu à la rupture du cordon, il faudrait aller déchirer les membranes si elles étaient à la portée du doigt, sinon perforer le placenta lui-même pour donner issue à la partie fluide du sang, et diminuer d'autant la masse totale du délivre; l'expulsion ou l'extraction serait alors plus facile.

RUPTURE DU CORDON.

La rupture de la tige omphalo-placentaire peut être le résultat de causes très-diverses. Tantôt elle est due à sa trop grande faiblesse ou à des tractions trop énergiques; tantôt elle tient à ce que le cordon s'insère aux environs de la circonférence placentaire, ou que ses vaisseaux se séparent trop tôt et s'isolent, en arrivant au placenta, de manière à simuler les rayons d'un parasol. D'autres fois cette rupture est amenée par la sortie même de l'enfant, si le cordon est trop court, ou s'il forme des circulaires autour du cou, des membres, ou du tronc. Ces cas ne sont pas très-rares; on les observe le plus souvent lorsque la femme accouche debout et que la sortie de l'enfant est brusque. Dans l'exemple qu'en rapporte Canole, cité par M. Velpeau, la rupture du cordon s'accompagna d'une inversion utérine, et la malade mourut presque subitement.

Quoique la rupture du cordon soit un accident peu redoutable par lui-même; néanmoins, comme il pourrait donner de l'inquiétude

à la femme dont le moral est facilement affecté, dans une pareille circonstance, il faut toujours, autant que possible, le lui laisser ignorer. Tant qu'il n'y a rien à craindre pour l'accouchée, on doit s'en référer aux efforts de la nature, en ayant soin de provoquer les contractions utérines; mais, s'il survient des accidents tant soit peu sérieux, il faut, sans hésiter, pénétrer jusqu'au délivre et en faire l'extraction.

HÉMORRHAGIES.

De tous les accidents qui peuvent compliquer la délivrance, l'hémorrhagie est, sans contredit, le plus fréquent et en même temps le plus grave, en raison de la spontanéité avec laquelle il survient et de la quantité énorme de sang que la femme peut perdre dans un très-court espace de temps.

Après l'accouchement, le retour de la matrice à un moindre volume a pour effet d'oblitérer les vaisseaux utéro-placentaires, en augmentant leurs flexuosités, et en diminuant leur calibre par la compression; ainsi se trouve interrompu, en grande partie, la circulation dans le système vasculaire de l'utérus. Le tissu cellulaire et les vaisseaux qui unissent le placenta à l'organe gestateur, cédant à cette action rétractile, se déchirent et versent en général une quantité de sang peu notable. Dans certains cas, cette rétractilité ne se fait point, de là hémorrhagie.

Causes. — Les causes de l'hémorrhagie sont nombreuses et variées; mais la plus fréquente est certainement l'inertie de l'utérus. Cette inertie elle-même reconnaît diverses causes que nous nous contenterons d'énumérer, vu que nous avons déjà étudié cette complication : on les divise en prédisposantes et occasionnelles. Les auteurs rangent au nombre des premières une constitution pléthorique, une menstruation précoce et abondante, un tempérament lymphatique et nerveux, et, d'une manière plus générale, tous les

tempéraments bien tranchés; un caractère facilement impressionnable; des pertes abondantes dans les accouchements antérieurs, ou dans l'accouchement présent; l'insertion du placenta sur le col ou aux environs; enfin l'état cachectique, chloro-anémique, et la débilité résultant d'une maladie grave antérieure ou existante.

Parmi les causes déterminantes, nous mentionnerons la distension trop considérable de l'utérus par la présence d'un fœtus trop volumineux, de plusieurs enfants ou d'une énorme quantité de liquide amniotique; un accouchement trop rapide produisant la déplétion brusque de la matrice, et donnant lieu par cela même à une sorte de stupeur de l'organe, qui n'a, pour ainsi dire, pas le temps de se reconnaître; et, comme favorisant cette stupeur, nous citerons un bassin trop large, un périnée peu résistant, des accouchements antérieurs nombreux; on a encore admis un travail long et laborieux, les congestions locales, la contraction spasmodique du col, sa déchirure, et, avec Mme Lachapelle, le tiraillement de l'utérus par suite d'adhérence contractée avec l'épiploon pendant la grossesse; enfin une émotion morale vive. Comme cause d'hémorrhagie, nous joindrons aux précédentes la présence de fongosités, d'un cancer de l'utérus. La rupture de veines variqueuses, de tumeurs sanguines, la déchirure du col ou du vagin, peuvent encore produire une perte. Mais, dans ces cas, elle a ordinairement peu de gravité; c'est pourquoi ce que nous dirons dans la suite se rapportera plus particulièrement à l'hémorrhagie par inertie, car c'est la plus sérieuse.

Mode de production. — Pour qu'il y ait perte, il faut que le placenta soit décollé en partie ou en totalité, et que l'utérus soit dans une inertie plus ou moins complète; les vaisseaux utérins restent alors béants, et fournissent un écoulement de sang. Cette condition, quoique ordinaire, n'est cependant pas absolument nécessaire; car il peut se faire une hémorrhagie par le cordon ombili-

cal : ces cas néanmoins sont rares. Elle pourrait encore avoir lieu par l'effet d'une déchirure dans le tissu même du placenta. Le sang peut s'écouler aussi lorsque, le placenta étant inséré au col ou à son niveau, les vaisseaux restent en partie béants, à cause de la rétractilité moindre de l'utérus en ce point, déterminée par la prédominance des fibres blanches sur les fibres rouges au col (P. Dubois).

On a encore signalé un autre mode de production d'hémorrhagie; c'est celui dans lequel, le placenta étant adhérent par sa circonférence entière, le sang s'accumule entre lui et l'utérus. Ces hémorrhagies internes, qui ont été observées déjà plusieurs fois, peuvent, au dire de certains auteurs, être assez considérables pour faire périr la femme. Il est une autre disposition anatomique que nous devons signaler; c'est celle de la division prématurée des vaisseaux qui rampent sous les membranes avant de se jeter dans la masse placentaire; une déchirure en ce point donnerait certainement lieu à une perte.

Symptômes. — L'hémorrhagie est externe ou interne.

Perte externe. Le diagnostic de la perte externe ne peut offrir aucune difficulté; elle se manifeste par un écoulement de sang plus ou moins vermeil, se coagulant ordinairement très-vite, et qui quelquefois est si considérable qu'il ruisselle avec impétuosité, et pénètre en un instant le lit de la femme. Dans quelques circonstances, au contraire, l'hémorrhagie ne se traduit que par une légère quantité de sang, qui coule même assez lentement, mais qui finit toujours par épuiser la femme, et dans ce cas, il faut une certaine habitude, afin d'apprécier la quantité de sang qui doit s'écouler après la sortie du placenta, pour ne pas confondre cet écoulement normal avec une perte. Tandis que le sang s'écoule à l'extérieur, il peut en même temps s'accumuler dans l'utérus; la perte est alors mixte. A ces signes, se joint l'absence de la rétraction régulière de la matrice; cependant il pourrait se faire qu'elle fût rétractée, dure,

globuleuse sous la main, et qu'il y eût perte : elle tiendrait alors à ce que le sang est très-diffluent, ou à ce que l'impulsion du cœur, transmise au torrent circulatoire, est trop forte. Quoi qu'il en soit, on observe, selon l'intensité de la perte, les symptômes suivants : pâleur du visage, affaiblissement de la vue, tintements d'oreille, difficulté de soulever les membres, prostration des forces; le ventre devient douloureux, la malade éprouve un sentiment de pesanteur dans l'hypogastre et à la région sacrée; les artères abdominales battent avec force; la peau, et particulièrement celle des lombes et de l'abdomen, offre une chaleur âcre et sèche au toucher; enfin, si l'hémorrhagie continue, les traits s'altèrent, la respiration s'accélère, devient laborieuse; le pouls est fréquent, petit, concentré, inégal, souvent intermittent, et quelquefois même vermiculaire; il survient des frissons; une sueur froide, visqueuse, couvre la face et la poitrine; les extrémités se refroidissent, le corps devient pâle; enfin les syncopes et les convulsions ne tardent pas à survenir, et annoncent le plus souvent une fin prochaine.

Perte interne. L'hémorrhagie interne se manifestant par des signes moins tranchés que ceux de l'externe, l'accoucheur doit s'aider de tous les moyens propres à la faire découvrir dès son début. C'est pourquoi les signes précurseurs ne doivent pas être négligés; ils pourront donner l'éveil à l'homme de l'art sur un accident prêt à éclater. «En général, dit M. le professeur Moreau, quand une femme qui vient d'accoucher n'est pas prise d'horripilations, de frissons, dix minutes ou un quart d'heure après la délivrance, et qu'elle conserve de la chaleur à la peau, on peut être certain que l'utérus ne se contracte pas et qu'il surviendra une hémorrhagie; mais un signe infaillible, c'est une chaleur âcre et sèche à la paume des mains et à la plante des pieds, semblable à celle qui survient dans les fièvres hectiques ou qui accompagne le dernier degré de la phthisie.» Quand elle est survenue, la perte interne se reconnaît par l'affaiblissement rapide de la femme, et par l'accroissement

de volume de l'utérus, coïncidant avec la sensation d'une chaleur douce et qui se répand peu à peu dans l'abdomen. Jusque-là, la femme n'éprouve aucune sensation pénible : on la voit causer comme si rien d'extraordinaire ne se passait en elle ; mais tout à coup son visage pâlit, ses traits s'altèrent, ses extrémités se refroidissent, elle éprouve des éblouissements, une cécité plus ou moins complète ; enfin, si l'hémorrhagie prend des proportions considérables, on voit successivement apparaître tous les phénomènes alarmants que nous avons mentionnés plus haut, et dont la mort est la conséquence la plus ordinaire. La main, portée sur l'hypogastre, reconnaît que l'utérus est dans l'inertie, qu'il est mou, large, et qu'il s'élève jusqu'à l'ombilic, quelquefois même plus haut ; la pression exercée sur l'abdomen provoque souvent l'expulsion de caillots ou de sang liquide. Il est bon de se rappeler que les femmes qui ont éprouvé des pertes sont naturellement portées au sommeil ; c'est alors qu'elles doivent être surveillées avec soin, car on a vu souvent des malades, cédant à un besoin irrésistible de repos. s'endormir pour ne plus se réveiller.

Diagnostic. — Quoiqu'il ne soit pas toujours facile de prévoir l'hémorrhagie, l'accoucheur intelligent et attentif s'en laissera rarement imposer ; il saura la reconnaître et y remédier avant que l'attitude de la femme ait pris cet aspect effrayant qui annonce l'extrême et imminent danger dans lequel elle se trouve.

Toutefois quelques phénomènes particuliers pourraient tromper le praticien et l'effrayer à tort. Il faut donc qu'il soit prévenu que le météorisme des intestins, la plénitude de la vessie, la présence d'un jumeau resté dans la matrice, peuvent simuler la distension de cet organe par du sang ; que le placenta, retenu dans sa cavité, lui donne un volume plus considérable qu'on ne le croirait au premier abord. Énoncer ces causes d'erreur, c'est donner le moyen de les éviter ; la résonnance et l'uniformité du gonflement dans le météorisme, la circonscription et la fixité dans la rétention d'urine, la

consistance de la tumeur, jointe aux signes offerts par le toucher, dans le cas de grossesse gémellaire, suffiront pour faire rectifier le diagnostic.

La métrorrhagie se manifeste plus nettement, bien qu'il ne faille pas regarder comme telle tout écoulement de sang par la vulve, puisque les lochies sont d'abord exclusivement sanguines; mais, par sa continuité, une perte en apparence peu grave, suffit pour traverser en quelques minutes les linges dont on garnit la femme, et alors elle peut devenir inquiétante et nécessiter des soins. Dans d'autres cas, le danger est bien autrement évident; le sang ruisselle dans le lit, traverse les matelas, et. d'une manière ou de l'autre, coule sur le plancher de la chambre, juste sujet d'effroi pour les assistants, cause de mort prompte et inévitable, si la nature ou l'art n'arrêtent cette perte pour ainsi dire foudroyante.

Il se montre aussi quelquefois, en pareille circonstance, la plupart des symptômes d'une attaque d'hystérie; ce serait, dans un semblable cas, une bien fâcheuse erreur de croire que le mal est purement nerveux et de s'en tenir aux antispasmodiques. Il serait moins dangereux, mais pourtant encore préjudiciable au médecin et à la malade, de prendre une atteinte d'hystérie pour le symptôme d'une métrorrhagie cachée. Il est bon de savoir aussi que bien des femmes ont, après la délivrance, divers symptômes spasmodiques, un frisson qui dure quelquefois une demi-heure et plus, une lipothymie, une syncope même, qui n'annoncent rien de grave et tiennent aux changements survenus dans la circulation, par suite de la liberté instantanée de l'abdomen, comme cela s'observe quelquefois chez des hydropiques après la ponction.

Pronostic. — Le pronostic des hémorrhagies est toujours grave; mais cette gravité est subordonnée à certaines conditions que nous allons énumérer.

1° A la constitution de la femme. Plus celle-ci sera forte, plus elle résistera.

2° A la quantité de sang perdu, et cela se comprend aisément : plus l'hémorrhagie sera abondante et plus elle aura des conséquences fâcheuses.

3° A l'époque d'apparition de la perte ; ainsi celle qui survient après l'expulsion du fœtus pendant la délivrance, ou plus ou moins immédiatement après, est beaucoup plus grave que celle qui se manifeste plus tard pendant les couches, et que l'on désigne sous le nom d'*hémorrhagie lochiale.*

4° A la cause de la perte ; l'hémorrhagie par inertie de l'utérus est plus sérieuse que celle qui est due au *molimen hemorrhagicum.*

5° A la forme sous laquelle la perte se manifeste. Celle qui est interne, toutes choses égales d'ailleurs, et par cela seule qu'elle est reconnue beaucoup plus tard que l'externe, est plus redoutable que cette dernière.

6° A l'apparition de certains symptômes qui, comme les frissons violents, les convulsions, les syncopes prolongées, les éblouissements, etc., annoncent un danger imminent et souvent même une mort prochaine.

7° Enfin les hémorrhagies seront plus graves, plus funestes à la femme, à cause de leurs conséquences, si l'une de ces deux conditions se présentent, à savoir : 1° le séjour dans un hôpital (nous savons, en effet, que les femmes qui ont eu des pertes abondantes sont, par cela même, beaucoup plus exposées à contracter certaines inflammations qui se montrent si souvent d'une manière épidémique dans les hôpitaux) ; 2° le séjour dans les campagnes, parce que les secours y manquent généralement et que les femmes y sont très-souvent mal assistées.

Ajoutons, en terminant, que la rétention d'un corps étranger dans l'utérus rend encore le pronostic plus fâcheux ; mais il est facile d'arrêter les effets en supprimant la cause qui les produit.

Traitement. — Le traitement des hémorrhagies utérines est préventif ou curatif.

Le traitement preventif a pour but de combattre, de détruire, quand cela est possible, les prédispositions qui peuvent donner lieu à une perte, et de prévenir l'action des causes qui amènent l'inertie utérine après le travail de l'accouchement. Ainsi, chez les femmes fortes, à système vasculaire prédominant, chez celles qui sont abondamment réglées, ou dont les époques menstruelles sont marquées par des symptômes intenses de pléthore utérine, on aura recours à la saignée répétée plusieurs fois dans les derniers mois de la grossesse, et même pendant le travail, si elle était indiquée par les phénomènes généraux.

Chez les femmes d'une constitution débile, molle, lymphatique, on cherchera, pendant la grossesse, à donner plus d'énergie et d'activité à la nutrition, par l'emploi des toniques, quinquina, extraits amers donnés à petites doses, eaux ferrugineuses et surtout un régime substantiel, etc. Il faudra, en outre, chez ces femmes, pendant les derniers temps du travail, employer les moyens propres à réveiller la contractilité du tissu, stimuler l'action de la matrice par des frictions, l'application des réfrigérants; mais surtout, comme le recommande M. le professeur P. Dubois, en donnant, un quart d'heure ou vingt minutes avant l'expulsion du fœtus, 1 à 2 grammes de seigle ergoté, à prendre en trois doses; on pourrait encore avoir recours à la pratique de R. Lee, qui, chez les femmes dont les antécédents font craindre une hémorrhagie, assure s'être bien trouvé de rompre les membranes dès le début du travail. Dans d'autres circonstances, on luttera avec avantage contre les causes qui déterminent l'inertie, tantôt en s'opposant, autant que faire se peut, à la trop prompte terminaison du travail, tantôt, au contraire, en accélérant l'accouchement. Notons, en finissant, le moyen préventif conseillé par M. Rigby, qui, dans les cas où il est en droit de redouter une perte par inertie, fait approcher l'enfant du sein de sa mère. Cet auteur assure que, dans plusieurs cas graves, où tous les autres moyens avaient échoué, aussitôt que l'enfant eut saisi le sein, l'utérus revint sur lui-même et se maintint dans une forte contraction. Dans un seul cas,

l'effet habituel n'eut pas lieu, et M. Rigby attribue ingénument cet insuccès *à ce qu'on avait présenté à la femme un autre enfant que le sien!...* Il serait superflu de commenter de pareils faits.

Lorsqu'une hémorrhagie éclate soit parce que les moyens préventifs dont nous venons de parler n'ont pu être mis en usage, soit parce qu'ils ont été infructueux, l'accoucheur ne doit plus songer qu'à arrêter la perte ; c'est là l'objet du traitement curatif.

Nous ne nous occuperons ici que de la forme la plus ordinaire des hémorrhagies, celle qui dépend du décollement du placenta, et non de quelques variétés plus ou moins rares qui ne produisent ordinairement que des pertes légères. Mais avant de parler des indications thérapeutiques, nous allons passer en revue les divers moyens qui ont été employés jusqu'à nos jours.

La pensée dominante dans le traitement de toute hémorrhagie doit être d'arrêter l'écoulement sanguin : pour arriver à ce résultat, on a proposé deux ordres de moyens : les premiers sont ceux qui mettent en jeu la faculté rétractile de l'utérus, pour diminuer le calibre des vaisseaux ; les seconds sont des procédés à l'aide desquels on agit d'une manière plus directe sur les vaisseaux, afin d'obtenir leur occlusion, ou d'intercepter le cours du sang et l'empêcher d'arriver jusqu'à l'utérus ; dans une troisième classe, on peut ranger la médication de Duncan Stewart, c'est-à-dire l'usage de l'opium à haute dose.

Parmi les premiers moyens, nous rangerons :

1° Les frictions et les manipulations pratiquées sur l'utérus, à travers les parois abdominales, pour provoquer sa rétraction ;

2° L'introduction de la main dans la cavité utérine, pour retirer le placenta et les caillots et irriter en même temps l'organe, afin de solliciter ses contractions ;

3° Les réfrigérants à l'extérieur, sous forme d'affusions ou de compresses imbibées d'eau froide ; et à l'intérieur, sous forme de glace ou d'injections froides poussées dans le vagin et l'utérus ;

4° Les réfrigérants dans le tube digestif, boissons et lavements froids ;

5° Les substances astringentes portées dans la matrice, telles que vinaigre, suc de citron, solution d'alun, sulfate de fer, etc.;

6° Le galvanisme à la surface interne de l'utérus ;

7° Le seigle ergoté, qui est sans contredit un des moyens les plus puissants.

Au nombre des seconds, on peut ranger :

1° L'application d'un bandage compressif autour du corps, afin de donner à l'utérus un point d'appui plus solide ;

2° La compression directe des vaisseaux qui fournissent le sang. Gooch est le premier qui ait donné ce conseil : il introduisait une main dans l'utérus pour comprimer les orifices béants, tandis que de l'autre il comprimait les vaisseaux qui y apportent du sang, en exerçant une forte pression sur l'abdomen. Ce moyen a été justement critiqué.

3° L'application du tampon de Leroux ;

4° La compression des vaisseaux qui portent le sang à l'utérus, et de l'aorte en particulier.

Notre intention n'est pas de discuter la valeur de ces nombreux moyens, et de faire ressortir leurs avantages et leurs inconvénients. Nous nous contenterons de signaler ceux que M. le professeur Paul Dubois, après une longue et savante pratique, conseille de mettre en usage.

1° Avant tout, faire coucher la femme horizontalement sur un lit dur : disposer des oreillers sous le bassin de manière à donner au tronc une position doublement inclinée ;

2° Ouvrir les portes et les fenêtres pour renouveler l'air et maintenir l'appartement à une température aussi basse que possible ;

3° Si l'utérus a plus de volume qu'il ne doit avoir, introduire la main pour le débarrasser des caillots qu'il contient fort souvent et exciter en même temps ses contractions ;

4° Frictionner l'abdomen d'une manière continue au niveau de la matrice, afin de provoquer sa rétraction ;

5° Appliquer en même temps des compresses froides sur le bas-ventre et le haut des cuisses ;

6° En même temps aussi, administrer 2 ou 3 grammes de seigle ergoté en quatre ou six doses et à cinq minutes d'intervalle ;

7° Et si ces moyens ne suffisent pas, comprimer directement l'aorte abdominale.

Voici quelques détails nécessaires à l'application des moyens que nous venons d'indiquer : pour introduire la main, par exemple, il faut l'enduire d'un corps gras ou mucilagineux, et la pousser avec prudence et modération à travers les parties ; pour traverser facilement le col, qui offre toujours un peu de résistance, il est bon d'assujettir, avec l'autre main, le fond de la matrice, sinon elle s'élèverait dans l'abdomen à mesure qu'on ferait des efforts pour y pénétrer, ce qui causerait des tiraillements du vagin et beaucoup de douleur à la femme. La main introduite ainsi avec ménagement dans l'utérus, on en retirera les caillots qui se trouvent dans sa cavité ; puis on l'y introduira de nouveau et on l'y maintiendra jusqu'à ce qu'elle soit pour ainsi dire chassée par de fortes contractions.

L'eau commune de puits ou de fontaine, pourvu qu'elle soit au-dessous de la température ambiante, est bonne pour faire des applications froides; elle sera plus efficace si elle est d'une température encore plus basse, ce qui veut dire qu'il ne faudra pas négliger l'eau glacée et les mélanges réfrigérants, si on les a sous la main. Pour faire les applications froides, il faut avoir égard à une précaution qui consiste à tremper des linges dans l'eau ou un mélange froid, et à les exprimer ensuite pour que l'eau ne coule pas et ne vienne pas mouiller le lit de la malade. Les compresses imbibées d'eau doivent être renouvelées dès qu'elles sont un peu échauffées; on doit les supprimer dès que l'hémorrhagie est arrêtée ; après cela, si la femme se plaint d'avoir froid, on réchauffe les membres supérieurs et la poitrine seulement avec des linges chauds, quoique les

accoucheurs anglais se soient bien trouvés d'avoir réchauffé également les membres inférieurs; mais comme il pourrait se faire que cela déterminât une nouvelle hémorrhagie, nous ne conseillerons pas cette pratique.

Le seigle ergoté est certainement le moyen le plus efficace : aussi faudra-t-il avoir recours à lui avant d'en venir aux autres moyens; mais son emploi n'est pas toujours suivi de succès : cela tient quelquefois à ce qu'il provoque des vomissements, auxquels, du reste, les femmes sont très-exposées, à cause de l'état de syncope déterminée par l'hémorrhagie elle-même. Il faut alors le donner en lavement. Quelques précautions sont nécessaires pour l'administrer sous cette forme : on serait exposé à ne pas introduire le médicament dans le rectum, si l'on se bornait à jeter ou à suspendre la poudre dans le véhicule, même au moyen d'un mucilage; il resterait au fond de l'instrument. Pour éviter cela, on introduit la poudre dans la canule, et l'on applique ensuite cette partie sur le corps de pompe.

Les moyens que nous venons de passer en revue suffisent, en général, pourvu qu'on les emploie convenablement et d'une manière continue; aussi il est très-rare qu'on ait besoin de recourir à la compression de l'aorte; cependant il est des cas où l'on est obligé d'y avoir recours. Cette compression se fait avec le pouce, au-dessus du fond de l'utérus et au-dessous de l'origine des artères rénales et ovariques, de sorte que le sang arrive encore à l'utérus par ces derniers vaisseaux. On a bien objecté (MM. Vidal et Jacquemier) que la compression agissait en même temps sur la veine cave inferieure, et qu'alors elle favorisait l'écoulement du sang plutôt qu'elle ne l'arrêtait; mais cette assertion est inexacte suivant M. le professeur P. Dubois; la compression peut se faire directement sur l'artère seule.

La compression de l'aorte a pour but, avons-nous dit, de suspendre l'écoulement sanguin, et de donner le temps d'agir aux moyens propres à réveiller la contractilité utérine; mais ce n'est

pas là, suivant M. Cazeaux, le seul avantage qu'elle présente. « Je pense, dit cet auteur (*Traité d'accouchement*, p. 990), qu'elle peut rendre de grands services, même après la suspension de la perte et la rétraction de la matrice. Dans les cas, en effet, où la perte a été considérable, tout danger ne cesse pas dès qu'on est parvenu à arrêter l'hémorrhagie, et à déterminer le resserrement de l'organe gestateur. Bien qu'il ne s'écoule plus une goutte de sang, la quantité de ce liquide resté dans l'organisme n'est plus suffisante pour distribuer à tous les organes, en même temps qu'au cerveau, l'excitation nécessaire pour maintenir l'intégrité de leurs fonctions, et quelquefois les femmes s'éteignent deux ou trois heures après l'arrêt de la perte. La mort survient alors, parce que la masse sanguine est également répartie dans toute l'étendue de l'arbre circulatoire, et que le cerveau et la moelle allongée en particulier, n'en recevant qu'une trop faible partie, manquent de l'excitant qui leur est nécessaire pour entretenir la respiration, et par suite les mouvements du cœur. Ceci étant admis, il est facile de comprendre que, si, en comprimant l'aorte abdominale, on empêche le sang lancé par le ventricule gauche de descendre dans les parties inférieures du tronc et dans les membres abdominaux, on le forcera nécessairement à refluer vers le cerveau en plus grande quantité, et l'on conservera ainsi à cet organe l'excitation dont il a besoin pour réagir à son tour sur les fonctions du cœur et des poumons. Je pense donc, ajoute l'auteur, que la compression de l'aorte et de la veine cave est utile pendant que la perte est abondante; mais que, dans les cas où la malade a perdu une grande quantité de sang, elle doit être continuée encore pendant plusieurs heures après l'arrêt de l'hémorrhagie et la rétraction complète des parois utérines. Seulement, dans ce dernier cas, il importe d'isoler l'aorte de la veine cave, de manière à exercer seulement la compression sur le premier de ces vaisseaux. » Tel est le traitement d'une perte qui apparaît immédiatement après la délivrance, ou quelques heures après.

Mais si le délivre était encore contenu dans l'utérus, que con-

viendrait-il de faire? Pour résoudre cette question, il faut distinguer deux cas : ou le placenta contenu dans la matrice est entièrement décollé, ou bien il est encore en partie adhérent.

Dans le premier cas, l'indication est précise, il faut toujours arrêter l'hémorrhagie; et, comme la présence du délivre est souvent la cause de la perte, que l'utérus se trouve dans l'inertie ou non, nous procéderons immédiatement à la délivrance, en prenant les précautions que nous avons indiquées plus haut.

Si le placenta est adhérent, l'indication est encore formelle, il faut arrêter l'hémorrhagie; mais les conseils donnés dans cette circonstance sont différents : les uns veulent qu'on procède d'abord à l'extraction du placenta et des caillots contenus dans la matrice; les autres veulent qu'on s'occupe immédiatement de l'inertie qui est la seule cause de l'accident. Obligé d'opter entre ces deux opinions, nous n'hésitons pas à préférer l'extraction du délivre; mais à la condition seulement que l'utérus ne sera pas dans une inertie complète. Cette préférence est basée sur ce que l'introduction de la main a un double effet, celui d'extraire le placenta, et, en même temps, celui d'exciter la matrice et de provoquer ses contractions.

Hémorrhagie secondaire. — On a encore signalé une hémorrhagie consécutive à l'accouchement, qui ne survient qu'à une époque plus ou moins éloignée de la délivrance, et que, pour cette raison, on a appelée hémorrhagie secondaire. Elle ne se manifeste pas ordinairement d'une manière brusque comme les précédentes; mais elle apparaît par gradation; les lochies le colorent d'abord légèrement, puis de plus en plus, et enfin on voit survenir un écoulement sanguin, souvent intermittent, et quelquefois assez considérable pour compromettre la santé, et même la vie de la femme. Cet état s'accompagne de fatigue, de douleurs lombaires et hypogastriques; les jambes, les cuisses, semblent brisées.

Cette hémorrhagie est due à une inertie qu'on appelle aussi secondaire, parce que l'utérus, après s'être convenablement rétracté

et s'être maintenu ainsi pendant quelque temps, se relâche peu à peu, et donne lieu à un accident qu'on était souvent bien loin de prévoir. Le traitement doit être dirigé contre l'inertie secondaire.

CONVULSIONS.

Les convulsions qui se manifestent après le travail peuvent être partielles ou générales ; elles reconnaissent des causes multiples.

Leur développement est quelquefois lié à la constitution atmosphérique, car il est assez fréquent de les voir survenir à la même époque chez un certain nombre de sujets. Elles peuvent dépendre de la rétention de l'arrière-faix, de la dilatation difficile du col de l'utérus, par suite d'une induration squirrheuse ou d'un état inflammatoire de cette partie. Les femmes qui concoivent à un âge avancé en sont plus souvent atteintes que les autres. Tout le monde sait qu'elles sont le partage presque exclusif des primipares. Elles peuvent parfois être dues à une perte considérable ; il est d'observation que c'est au milieu d'un état convulsif que succombent les animaux hémorrhagiés. Enfin les personnes qui ont fait de leur cerveau un centre de fluxion, pendant la grossesse, sont, suivant M. le professeur Moreau, très-sujettes à l'accident dont nous parlons.

Les signes de l'état convulsif sont infiniment variables et nombreux, surtout quand les convulsions sont générales.

Tantôt il y a des symptômes précurseurs, tantôt il n'y en a pas. Lorsqu'ils existent, ce sont ordinairement une céphalalgie partielle, accompagnée de somnolence, de rougeur de la face et des conjonctives, d'accélération du pouls ou de frémissement et de vertiges.

L'inspection de la face est très-importante, et, sous ce rapport, on doit blâmer la pratique des Anglais, qui veulent que les femmes accouchent dans l'obscurité la plus profonde. Souvent, en causant avec la malade, vous observez un mouvement de vacillation, de tremblement dans l'un des côtés du visage ; d'autres fois, c'est le

clignotement des paupières, ou, plus fréquemment, l'un des globes oculaires qui roule rapidement sur son axe. Quand l'éclampsie se manifeste par l'état de spasme des muscles du thorax, il en résulte de la gêne dans la respiration et dans l'hématose : aussi, chez les personnes en proie à cet accident, la peau ne présente plus sa coloration normale. Bientôt il survient des mouvements désordonnés; les malades s'agitent en tous sens, font des contorsions horribles; les mâchoires se resserrent violemment; il sort par la bouche une salive écumeuse, rougie par du sang, lorsque la langue a été mordue; tantôt il y a intégrité des fonctions cérébrales, tantôt la raison s'égare, etc. Un abattement ou un coma profond est ordinairement la terminaison d'un accès d'éclampsie. La durée des mouvements convulsifs est assez variable : dans tous les cas, l'accès ne se prolonge jamais au delà de quelques minutes; mais l'état comateux peut persister pendant bien plus longtemps, quelquefois vingt-quatre heures.

Quoique la rétention du délivre ne soit pas toujours le point de départ de ces accidents, il n'en faut pas moins se hâter de délivrer, puisque l'on a vu maintes fois cette complication se développer sous l'influence de cette cause. Si, après l'extraction de l'arrière-faix, il ne survenait aucun amendement dans les symptômes, il faudrait employer les moyens requis en pareilles circonstances.

SYNCOPES.

La faiblesse extrême et les syncopes répétées peuvent survenir à la suite d'un travail trop long ou d'une hémorrhagie; quelquefois elles se manifestent spontanément, et dépendent d'une disposition particulière. La femme pâlit; les lèvres deviennent violacées; une sueur froide couvre sa figure; il survient des tintements d'oreille, des bâillements; la respiration et les battements du cœur se ralentissent, et s'arrêtent même quelquefois; la malade perd connaissance. On lui fait respirer des substances volatiles et irritantes; on

lui jette de l'eau froide au visage, on l'expose à un air frais. Quand la malade a recouvré ses sens, on lui administre quelques cordiaux, et on la débarrasse le plus tôt possible de son placenta.

§ III.

De la délivrance après l'avortement.

Tous les praticiens conviennent que l'art est presque nul dans les délivrances qui ont lieu par suite d'avortement depuis le premier mois de la grossesse jusqu'à la fin du troisième; la raison en est que le fœtus, moins volumineux que le délivre, se trouve ordinairement chassé avec ses dépendances par les seules contractions de la matrice. Toutefois cette expulsion n'est pas toujours facile, à cause de la résistance qu'oppose le col, surtout dans une première grossesse. Cet organe, en effet, n'ayant jamais souffert aucune dilatation, est ordinairement très-dur et allongé; il cède difficilement à un corps mou qui n'agit pas avec assez d'énergie pour le forcer à se dilater. C'est ici que l'accoucheur doit être essentiellement médecin pour aider la nature dans les efforts infructueux qu'elle fait pour se débarrasser. La saignée, les demi-bains, les injections mucilagineuses dans le vagin, pourront, suivant les circonstances, être d'une grande utilité; par l'administration raisonnée de ces moyens, le col de l'utérus s'amollit et se dilate graduellement, la masse ovoïde s'engage, et la femme est bientôt délivrée.

Mais les choses ne se passent pas toujours d'une manière aussi simple; il peut arriver que les membranes se rompent sous l'influence des contractions utérines. Alors les eaux s'écoulent, le fœtus est expulsé, le cordon ombilical, qui, à cette époque de la grossesse est fort grêle, se rompt spontanément; il sort, en même temps, une quantité de sang plus ou moins considérable, liquide ou en caillots; l'utérus désempli revient sur lui-même, le col se resserre, les accidents se calment, et cependant le placenta et les membranes

ne sont point expulsés. Le délivre peut rester dans l'intérieur de la matrice pendant un temps très-variable, depuis quelques heures après l'avortement jusqu'à plusieurs jours, plusieurs semaines, et même plusieurs mois; on a vu quelquefois une nouvelle grossesse survenir, arriver à son terme, et le placenta de la grossesse précédente n'être expulsé qu'avec le produit de la conception. Le séjour du délivre est, en général, d'autant plus long que la grossesse est moins avancée; mais aussi il a d'autant moins d'inconvénients, quoique son extraction soit plus difficile.

Que convient-il de faire, lorsqu'on est appelé auprès d'une femme qui vient d'avorter pendant les trois premiers mois de la gestation? Il faut, avant tout, ne pas trop s'en rapporter au récit des personnes qui ont assisté à la fausse couche, et qui ne manquent pas de dire que le fœtus et le placenta ont été expulsés en même temps. Si les caillots ont été conservés, l'accoucheur les examinera lui-même pour voir s'ils renferment toutes les parties de l'œuf. Dans le cas contraire, il s'assurera, par le moyen du toucher, de l'état du col de l'utérus. S'il est entr'ouvert, et que le placenta fasse saillie, il suffit d'en saisir la portion saillante avec deux doigts, et l'extraction est souvent assez facile; au besoin, on pourrait se servir de la pince à faux germes de Levret. Si le placenta est encore adhérent en totalité ou en partie, on peut, si la dilatation du col le permet, introduire un doigt et le faire glisser entre le délivre et la paroi utérine, afin d'opérer le décollement. Lorsque l'emploi de tous ces moyens n'est couronné d'aucun succès, s'il ne survient pas d'accidents, on doit cesser toute tentative et s'en tenir là. L'expectation est, en effet, conseillée par la majorité des accoucheurs; mais il n'en est pas de même lorsqu'il existe une hémorrhagie inquiétante. En pareil cas, si le cordon existe, on peut tenter une injection froide par la veine ombilicale, si non il faut recourir à l'emploi du seigle ergoté à haute dose, et à l'application du tampon proposé par Leroux. Il est rare que ces deux moyens réunis n'arrêtent pas la perte, et ne provoquent

pas des contractions suffisantes pour expulser le délivre. Le tamponnement, tel qu'il a été proposé par l'accoucheur de Dijon, agit de deux manières : d'abord en arrêtant le cours du sang, et puis en exerçant un certain degré d'astriction sur les parties. Ce moyen est d'autant plus précieux dans les pertes qui surviennent après une fausse couche, dans les premiers mois de la grossesse, que le peu de développement de la matrice ne se prête point à l'amas d'une grande quantité de sang dans cette cavité, et qu'ainsi on n'a pas à redouter les funestes conséquences d'une hémorrhagie interne.

Bien que les auteurs aient cité des cas de rétention du placenta pendant plusieurs jours sans qu'il en soit résulté, pour la femme, aucun accident fâcheux, cependant le délivre, par son séjour prolongé dans la matrice et par l'irritation qu'il détermine, peut amener une métrite, d'autant plus grave que la cause agit d'une manière continue. Il peut en outre, par sa putréfaction, donner lieu à d'autres accidents bien autrement redoutables; je veux parler de la résorption purulente. Inutile d'ajouter que, dans de pareilles circonstances, il est indispensable de débarrasser au plus vite l'utérus des matières qu'il contient; mais malheureusement le col, revenu sur lui-même, ne permet plus l'introduction du doigt, il faut alors recourir au seigle ergoté à haute dose, qui, en pareil cas, a souvent réussi à M. le professeur Velpeau. Si le col est assez entr'ouvert pour livrer passage à une canule, on poussera dans la cavité utérine des injections détersives, telles qu'une faible solution de chlorure de chaux, pratiquée toutes les heures, afin de déblayer la matrice des détritus du placenta, à mesure qu'ils se détachent et se putréfient.

Quelques auteurs, entre autres MM. Naegele, Osiander, Velpeau, Stoltz, etc., ont admis un autre mode de terminaison, l'absorption du placenta retenu dans la cavité utérine. Suivant M. P. Dubois, ces cas seraient très-rares et exposeraient les femmes aux dangers les plus grands. Ce professeur, tout en conseillant de s'abstenir de moyens violents dont la conséquence pourrait être funeste, engage à

ne pas se dispenser d'avoir recours à tous les procédés d'extraction conciliables avec le salut de la mère.

Au quatrième ou cinquième mois, les choses ne se passent pas de la même manière. En effet, à cette époque, le placenta a acquis un développement considérable, proportionnellement à celui du fœtus ; une vascularisation plus étendue s'est faite dans la matrice. Ces deux conditions doivent nécessairement apporter une difficulté plus grande dans l'avortement; aussi l'expulsion de l'œuf s'accompagne d'une hémorrhagie souvent très-abondante. L'orifice du col, à cette époque, se dilate encore péniblement, pour laisser passer le placenta qui a acquis un volume presque définitif, de là une lenteur plus considérable dans le travail.

Les femmes qui viennent d'avorter sont exposées à des accidents quelquefois assez graves; car, en général, elles se lèvent trop tôt, marchent, se fatiguent, vaquent à leurs occupations, comme si elles n'avaient pas été malades. Aussi voit-on fréquemment survenir chez elles des hémorrhagies et même des affections chroniques de l'utérus.

La plupart des femmes, en général, attachent trop peu d'importance à un avortement, et c'est surtout chez les femmes du peuple que cette indifférence s'observe ; parce que le ventre n'est pas volumineux, que les seins ne se gouflent pas; en un mot, parce que bien des modifications organiques que l'on observe dans un accouchement à terme n'existent pas, elles pensent qu'elles ont moins d'accidents à craindre. Il n'en est pas moins vrai que les hémorrhagies sont plus fréquentes à la suite des fausses couches qu'au terme ordinaire de la grossesse.

DE LA DÉLIVRANCE DANS LE CAS DE JUMEAUX.

La délivrance, dans le cas de grossesse multiple, quoique à peu près la même que lorsqu'il n'y a qu'un seul enfant, présente néanmoins quelques particularités qu'il est utile de connaître. Dans une

grossesse gémellaire, chaque fœtus peut être renfermé dans une poche particulière, composée des trois tuniques, caduque réfléchie, chorion et amnios; il peut avoir en même temps son cordon et son placenta distincts, et, par conséquent, une circulation indépendante; c'est même là la règle, mais elle souffre de nombreuses exceptions. Tantôt, en effet, le chorion est commun, et chaque enfant n'a qu'une enveloppe propre, constituée par l'amnios dont les deux feuillets adossés forment la cloison médiane; tantôt les deux fœtus, renfermés dans la même cavité amniotique, ne sont séparés par aucune cloison, etc. Ces variétés dans la disposition des enveloppes fœtales sont très-nombreuses, surtout dans les cas de trijumeaux et de quadrijumeaux; mais elles n'ont pas directement trait à notre sujet. Ce qu'il nous importe de connaître, ce sont les connexions qui peuvent exister entre les placentas et les cordons. Ces connexités, avons-nous dit, ne constituent pas la règle, mais elles sont très-fréquentes et très-variables dans leur forme. Tantôt les placentas ne se touchent que par leur bord; tantôt il existe une espèce de pont membraneux qui établit entre eux une large communication. En un mot, depuis le simple contact par la circonférence jusqu'à la fusion complète des deux masses vasculaires, on a signalé tous les états intermédiaires. Presque toujours il existe deux cordons distincts, alors même que les placentas semblent tout à fait confondus; néanmoins on a vu quelquefois deux cordons naître d'un tronc commun, et ne se bifurquer qu'à une distance plus ou moins grande de la surface placentaire.

De ce que les délivres ont entre eux des connexions plus ou moins intimes, il ne s'ensuit pas que la circulation doive être nécessairement mutuelle et commune aux deux fœtus, bien s'en faut; mais cette communication vasculaire, rare à la vérité, n'en est pas moins possible. La réalité de son existence est appuyée par un assez grand nombre de faits, pour qu'il ne soit plus possible aujourd'hui d'élever des doutes à cet égard. Or, puisqu'il est bien démontré que les placentas se trouvent souvent réunis ensemble, et qu'ils communi-

quent même quelquefois par de larges anastomoses ; puisque, d'un autre côté, il est très-difficile, pour ne pas dire impossible, de reconnaître *a priori* l'existence de ces deux anomalies, l'accoucheur prudent devra toujours agir, dans une grossesse gémellaire, comme s'il avait affaire à un cas de ce genre, et prendre les précautions requises en pareille circonstance. C'est pourquoi tous les praticiens conseillent de lier, du côté de la mère, le cordon du premier enfant, dans le but de prévenir une hémorrhagie qui pourrait devenir promptement funeste au fœtus renfermé encore dans la matrice. La simplicité et l'innocuité absolue de cette précaution font un devoir à l'accoucheur de la mettre en usage dans tous les cas. On donne encore pour conseil de ne pas extraire le placenta du premier enfant de suite après sa naissance, dans la crainte d'entraîner également celui du second. Il est facile de comprendre toute la sagesse de ce conseil : lorsqu'en effet, les délivres sont plus ou moins confondus, ou que les cordons sont réunis vers leur extrémité placentaire, des tractions opérées sur le premier ne manqueraient pas de décoller le second délivre, ce qui causerait inévitablement la mort du second fœtus, s'il n'était promptement expulsé, et en même temps une hémorrhagie grave pour la mère. On serait tout au plus autorisé à faire l'extraction du premier placenta, si, étant complétement détaché, il se présentait à l'orifice ; encore même vaudrait-il mieux attendre la sortie du second enfant, si la présence du délivre n'y mettait pas obstacle. Quant au mode d'extraction définitive, il ne diffère pas sensiblement de ce que nous avons exposé plus haut ; c'est pourquoi nous n'y reviendrons pas. Les auteurs conviennent généralement qu'il vaut mieux opérer des tractions sur le cordon du premier enfant, parce que son placenta doit être supposé libre et décollé depuis plus de temps que celui du second. Toutefois M. P. Dubois est de l'avis contraire ; ce professeur croit avoir remarqué, sans pouvoir se rendre compte de ce fait, que l'extraction est plus facile en tirant de préférence sur le cordon du dernier enfant. Il serait peut-être mieux, en cela comme en toutes choses,

de ne pas être exclusif, et de tirer sur celui des deux cordons qui offre le moins de résistance. On ne doit point faire des tractions sur les deux à la fois, parce qu'alors les deux placentas, marchant de front, pourraient se présenter simultanément à l'orifice, qu'ils franchiraient avec difficulté ; il faut au contraire faire en sorte d'engager, par une de ses extrémités, cette masse vasculaire qui a ordinairement une forme oblongue. M. le professeur Velpeau pense qu'on obtient toujours ce résultat, même en tirant sur les deux cordons ; mais nous croyons qu'il est préférable de n'opérer des tractions que sur un seul.

Ici se termine la tâche que nous nous sommes imposée; le défaut d'expérience et notre peu d'habitude dans l'art d'écrire nous mettent dans l'impossibilité de la remplir comme nous l'eussions désiré; mais plein de confiance dans la bonté et l'indulgence de nos juges, nous espérons qu'ils auront plus d'égards à notre bonne volonté qu'à la faiblesse de nos moyens, et qu'ils distingueront, à travers les imperfections de ce faible travail, le désir bien réel que nous avons eu de nous acquitter le mieux possible du devoir qui nous est imposé, en terminant la carrière de nos études médicales. Nos efforts seront couronnés, si nous obtenons leurs suffrages.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Transmission des vibrations à travers les corps solides; application à l'ouïe.

Chimie. — Des caractères distinctifs de l'acide carbonique.

Pharmacie. — Comment prépare-t-on, au moyen de l'eau, les solutions destinées à la préparation des extraits? établir une classification des extraits fondée sur ce mode de préparation.

Histoire naturelle. — De la nature des sucs propres des végétaux; dans quels vaisseaux sont-ils contenus? De leur rôle dans le phénomène de la nutrition.

Anatomie. — Combien y a-t-il d'espèces de ganglions nerveux? de ceux contenus dans le crâne. Des principales différences entre les ganglions du grand sympathique et les autres ganglions nerveux.

Physiologie. — De la formation et de l'absorption du chyle.

Pathologie interne. — Des différentes méthodes d'exploration des organes respiratoires, et des signes qu'elles fournissent dans les maladies de ces organes.

Pathologie externe. — Des fractures des os du crâne.

Pathologie générale. — Des altérations de composition que l'urine peut éprouver dans les maladies.

Anatomie pathologique. — De la péritonite tuberculeuse.

Accouchements. — De l'apoplexie et de l'asphyxie des nouveau-nés.

Thérapeutique. — De l'action thérapeutique des préparations de plomb.

Médecine opératoire. — Du traitement des plaies pénétrantes de poitrine.

Médecine légale. — De la monomanie homicide.

Hygiène. — Du régime qui convient au tempérament pléthorique.

Vu, bon à imprimer.

MOREAU, Président.

Permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de la Seine,

CAYX.

Paris, le 6 août 1853.